



**Министерство
здравоохранения Нижегородской области**

П Р И К А З

12.10.2021

315-851/21П/од

№ _____

г. Нижний Новгород

**Об утверждении типовых форм учета
при проведении профилактических
мероприятий**

С целью унификации медицинской документации оформляемой при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1 Учетную форму проведения углубленной диспансеризации согласно Приложению 1;

1.2 Форму заключения врача-терапевта по результатам проведения углубленной диспансеризации согласно Приложению 2;

1.3 Анкету для граждан на выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции) при прохождении углубленной диспансеризации согласно Приложению 3;

1.4 Форму заключения врача-терапевта по результатам проведения профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения согласно Приложению 4;

1.5 Форму заключения врача-терапевта по результатам проведения второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения согласно Приложению 5;

1.6 Бланк информирования граждан о возможности бесплатного прохождения на наличие ВИЧ-инфекции согласно Приложению 6

1.7 Форму заключения о проведении индивидуального углубленного профилактического консультирования согласно Приложению 7;

1.8 Бланк эпикриза взятия на диспансерное наблюдение согласно Приложению 8;

1.9 Бланк этапного эпикриза диспансерного наблюдения согласно Приложению 9;

1.10 Бланк годового эпикриза диспансерного наблюдения согласно Приложению 10;

1.11 Форму ведения журнала диспансерного наблюдения пациентов с II группой здоровья согласно Приложению 11;

1.12 Форму ведения журнала проведения углубленного профилактического консультирования согласно Приложению 12;

1.13 Форму ведения журнала по учету обучения граждан правилам оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и их осложнениях согласно Приложению 13.

2. Главным врачам медицинских организаций, имеющих в структуре кабинеты(отделения) медицинской профилактики обеспечить:

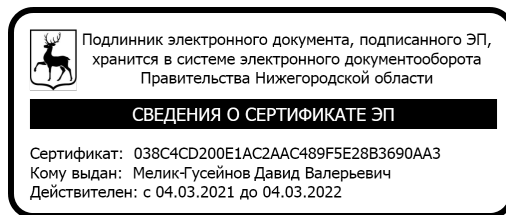
2.1 С 1 ноября 2021 г. использование при оформлении первичной медицинской документации и журналов учета профилактических мероприятий формы и бланки, утвержденные настоящим приказом;

2.2 При оформлении информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи использование формы утвержденной согласно Приложению 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство

и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

3. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Нижегородской области по лечебной работе Белозерову С.Ч.

Заместитель Губернатора
Нижегородской области,
министр



Д.В.Мелик-Гусейнов

(медицинская организация)

Карта учета Углубленной диспансеризации

1. Дата начала углубленной диспансеризации " _____ " _____ 20 ____ г.
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: мужской /женский (нужное подчеркнуть)
4. Дата рождения: _____, полных лет в отчетном году _____
5. Дата заболевания COVID-19 _____
6. Местность: городская - 1, сельская — 2
7. Адрес регистрации по месту жительства или месту пребывания: субъект Российской Федерации: _____
район _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ корпус _____ кв. _____
8. Занятость: 1 - работает; 2 - не работает; 3 - обучающийся в образовательной организации по очной форме
9. Углубленная диспансеризация проводится мобильной бригадой: да - 1; нет -2.
10. Сведения о проведенных приёмах (осмотрах, консультациях), исследованиях и иных медицинских вмешательствах при углубленной диспансеризации (на первом этапе диспансеризации):

Приём (осмотр, консультация), исследование и иное медицинское вмешательство, входящее в объем первого этапа углубленной диспансеризации	№ строки	Отметка о проведении (дата)	Отказ от проведения (+/-)	Проведено ранее (дата)	Выявлено патологическое состояние (+/-)
1	2	3	4	5	6
Измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое	1				
Тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность)	2				
Проведение спирометрии или спирографии	3				
Общий (клинический) анализ крови развернутый	4				
Биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности	5				
Определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19);	6				
Проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года)	7				
Прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики)	8				

11. Направлен на второй этап диспансеризации: да - 1, нет - 2
12. Сведения о проведенных приёмах (осмотрах, консультациях), исследованиях и иных медицинских вмешательствах на втором этапе углубленной диспансеризации

Приём (осмотр, консультация), исследование и иное медицинское вмешательство, входящее в объем второго этапа диспансеризации	№ Строки	Выявлено медицинское показание в рамках первого этапа диспансеризации (+/-)	Дата проведения	Отказ (+/-)	Проведено ранее (дата)	Выявлено патологическое состояние (+/-)
1	2	3	4	5	6	7
Проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	1					
Проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	2					
Дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).	3					

14. Дата окончания углубленной диспансеризации _____
15. Углубленная диспансеризация проведена: в полном объеме - 1, в неполном объеме – 2
16. Выявленные заболевания при углубленной диспансеризации (код по МКБ-10) _____

17. Диспансерное наблюдение установлено: ДА / НЕТ (нужное подчеркнуть)
18. Группа здоровья: I группа - 1, II группа – 2, IIIa группа - 3, IIIб группа – 4

Углубленная диспансеризация 1 этап

Дата проведения _____

Дата проведения профилактического медицинского осмотра/диспансеризации определенных групп взрослого населения

Дата перенесенного COVID-19 _____

Анамнез:

пациент внесен в реестр переболевших COVID-19; пациент переболел COVID-19, но за помощью не обращался; другое

Имеющиеся хронические заболевания _____

Жалобы _____

Объективные данные: Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести. Правильного, повышенного, пониженного питания. Кожные покровы чистые, сухие, влажные. Цианоз (есть, нет). В легких дыхание везикулярное, ослабленное, жесткое, хрипов нет, есть _____. Частота дыхания ____дл/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ясные. ЧСС ____ /мин. артериальное давление ____ / ____ мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, болезненный в _____. Печень не увеличена, увеличена на _____ см. С-м Пастернацкого отрицательный, положительный с обеих сторон, справа, слева. Стул оформлен. Диурез в норме. Пастозность, отечность голеней, стоп, нет.

Выявлены патологические изменения: сатурация кислорода менее 94%, дистанция менее 550 м (при тесте 6-минутной ходьбы) патологические изменения в общем анализе крови, биохимическом анализе крови, на Rg органов грудной клетки, Д-Димер более чем в 1,5-2 раза выше верхнего предела нормы, в спирографии/спирометрии

Диагноз _____

Группа здоровья I, II, IIIA, IIIB Группа диспансерного наблюдения 1, 2, 3

Направлен на 2 этап углубленной диспансеризации: дуплексное сканирование вен нижних конечностей, компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография

Рекомендации:

Подпись врача (Ф.И.О.) _____

Углубленная диспансеризация 2 этап

Дата проведения _____

Цель направления _____

Жалобы _____

Объективные данные: Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести. Правильного, повышенного, пониженного питания. Кожные покровы чистые, сухие, влажные. Цианоз (есть, нет). В легких дыхание везикулярное, ослабленное, жесткое, хрипов нет, есть _____. Частота дыхания ____ дд/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ясные. ЧСС ____ /мин. артериальное давление ____ / ____ мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, болезненный в _____. Печень не увеличена, увеличена на _____ см. С-м Пастернацкого отрицательный, положительный с обеих сторон, справа, слева. Стул оформлен. Диурез в норме. Пастозность, отечность голеней, стоп, нет.

Выявлены патологические изменения

Диагноз _____

Группа здоровья I, II, IIIA, IIIB Группа диспансерного наблюдения 1, 2, 3

Рекомендации:

Подпись врача (Ф.И.О.) _____

Анкета для граждан на выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции)

Дата анкетирования (день, месяц, год):				
Ф.И.О., пациента:		Пол:		
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет:		
Медицинская организация:				
Должность и Ф.И.О., проводившего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:				
Выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции)				
1	Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в том числе «на ногах», новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)	Да	Нет	
2	Если «Да», то укажите ориентировочно сколько месяцев прошло с момента выздоровления и какой степени тяжести была коронавирусная инфекция (COVID-19)	_____ мес. Легкой	_____ мес. Средней и выше	_____ мес. не знаю
3	Ощущаете ли Вы в настоящее время снижение качества жизни (уровня здоровья) (КЖ) или уровня работоспособности (РСП), связанное с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	Да, ощущаю существенное снижение КЖ и/или РСП	Да, ощущаю значительное снижение КЖ и/или РСП	Нет, не ощущаю
3.1	Оцените вклад появления/усиления одышки и снижения переносимости физической нагрузки и/или хронического кашля как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.2	Оцените вклад появления/усиления болей в груди и/или сердцебиений, и/или отеков на ногах как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.3	Оцените вклад появления/усиления усталости, и/или мышечных болей, и/или головные боли, и/или дизавтономии (функциональные нарушения регуляции деятельности желудочно-кишечного тракта, печени, почек, мочевого пузыря, легких, сердца, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов), и/или когнитивных нарушений (снижение памяти, умственной работоспособности и других познавательных функций мозга) как причины снижения КЖ и РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.4	Оцените вклад нестабильного течения сахарного диабета (ранее протекавшего стабильно) или выявление сахарного диабета после перенесенного COVID-19 как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.5	Оцените вклад выпадения волос или появления кожной сыпи как причины снижения КЖ и РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.6	Оцените вклад появления/усиления болей в суставах как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.7	Оцените вклад потери вкуса и/или обоняния как причины снижения КЖ и РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.8	Отмечаете ли Вы сохранение повышенной температуры с момента выздоровления коронавирусной инфекции COVID-19	Основной	Второстепенный	Отсутствовал

**Осмотр терапевта в рамках профилактического медицинского осмотра / 1 этапа диспансеризации
определенных групп взрослого населения**

Дата _____ Возраст (полных лет) _____

Анамнез: Болен(а) _____ лет. В анамнезе – _____. Состоит/не состоит под диспансерным наблюдением, с _____ (дата). Инвалидность есть/нет, дата _____, группа 1, 2, 3.

Принимает препараты _____ с положительным эффектом, без эффекта.

При анкетировании выявлены факторы риска: курение табака, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, нерациональное питание.

(нужное подчеркнуть)

При проведении обследования выявлены патологические отклонения:

Жалобы: _____

Объективные данные: Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести. Правильного, повышенного, пониженного питания. Индекс массы тела _____ кг/кв.м. Кожные покровы чистые, сухие, влажные. Цианоз (есть, нет). В легких дыхание везикулярное, ослабленное, жесткое, хрипов нет, есть _____, частота дыхания _____ дд/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ясные. ЧСС _____ /мин., артериальное давление _____ / _____ мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, болезненный в _____. Печень не увеличена, увеличена на _____ см. С-м Пастернацкого отрицательный, положительный с _____.

обеих сторон, справа, слева. Стул оформлен. Диурез в норме. Пастозность, отечность голеней, стоп, нет. Суммарный сердечно-сосудистый риск (относительный, абсолютный): низкий, умеренный, высокий, очень высокий.

Диагноз: _____

Группа состояния здоровья: I, II, IIIA, IIIB.

Группа диспансерного наблюдения 1, 2, 3.

В проведении 2-го этапа диспансеризации нуждается/не нуждается (подчеркнуть), для проведения дообследования (указать): _____

Рекомендации:

1. Соблюдение режима труда и отдыха.
2. Соблюдение правил здорового питания.
3. Прием лекарственных препаратов (при необходимости) _____

5. Диспансерное наблюдение у терапевта, кардиолога, невролога (нужное подчеркнуть) _____
6. Контроль уровня холестерина в крови, липидный спектр вне рамок диспансеризации.
- 7.

Онкоскрининг

Исследования	Патология (выявлена/не выявлена)	
1. <u>Общие исследования:</u>		
<p>1.1 Осмотр пациента на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов, в 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39 лет и с 40 лет 1 раз в 1 год обязательное для всех граждан</p>		
<p>1.2 Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом с 40 лет до 64 лет 1 раз в 2 года и с 65 до 75 лет 1 раз в год обязательное для всех граждан</p>		
<p>1.3 Эзофагогастродуоденоскопия в 45 лет</p>		
2. <u>Для мужчин:</u>		
<p>2.1 Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови в 45, 50, 55, 60, 64 года обязательное для всех мужчин</p>		

3. Для женщин:

3.1 Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом *с 18 лет 1 раз в 1 год*

3.2 Взятие с использованием щетки цитологической цервикальной мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее - мазок с шейки матки), цитологическое исследование мазка с шейки матки *с 18 лет до 64 лет 1 раз в 3 года*

3.3 Маммография обеих молочных желез в двух проекциях *с 40 лет до 75 лет 1 раз в 2 года*

Подпись врача (Ф.И.О.) _____

Осмотр терапевта в рамках 2 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения

Дата _____

При проведении 1-го этапа выявлено _____

Цель направления на 2-й этап диспансеризации _____

По результатам второго этапа диспансеризации выявлено _____

Диагноз: _____

Группа здоровья: I, II, IIIA, IIIB

Группа диспансерного наблюдения: 1, 2, 3

Рекомендации: _____

Проведено углубленное профилактическое консультирование (в рамках диспансеризации/вне рамок диспансеризации)

Поставлен(а) на диспансерный учет (указать дату) _____

Назначено лечение: _____

Подпись врача (Ф.И.О.) _____

Приложение 6
УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ № _____

(Наименование медицинской организации)

информирует Вас о возможности медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции в соответствии со статьей 7 Федерального закона №38-ФЗ с предоставлением адресов медицинских организаций, в котором возможно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции по адресу _____

или в ГБУЗ НО «Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» по адресу: г. Нижний Новгород, ул. Минина, д. 20/3, литер Е.

_____ (дата)

_____ (подпись)

**Углубленное профилактическое консультирование
(в рамках диспансеризации/ вне рамок диспансеризации)**

Дата _____

Диагноз (фактор риска: курение, алкоголь, нерациональное питание, низкая физическая активность)

Рекомендации (проведенное отметить):

Питание:

- Ограничение потребления соли до 5 г в сутки.
- Полное исключение алкогольных напитков.
- Увеличение употребления овощей и фруктов не менее 400-500 г в день.
- Снижение употребления насыщенных жиров и трансжиров (фасфуд, чипсы, кондитерские изделия и др.).
- Ограничение продуктов богатых жирами и холестерином (мозги, почки, сердце, сливочное масло майонез, сосиски, колбасы и др.).
- Употребление достаточного количества растительных масел 20-30г/сут.
- Употребление рыбы не менее 2 раз в неделю (обеспечение организма полиненасыщенными жирными кислотами).
- Ограничение продуктов, содержащих добавленный сахар (сладкие, газированные напитки, мороженое, пирожное и др. сладости).

Низкая физическая активность:

- Аэробные повседневные нагрузки в виде ходьбы в умеренном темпе по 10 000 шагов в день или 30 мин.
- Исключение интенсивных изометрических силовых нагрузок и подъем тяжестей, которые могут вызвать значительное повышение артериального давления и обострение заболевания.

Курение:

- Информирование пациента о риске развития атеросклероза, прогрессирования артериальной гипертензии, снижение чувствительности к медикаментозной терапии и развития хронических неинфекционных заболеваний и онкологии.
- Мотивирование пациента к отказу от курения.

Алкоголь:

- Повышение информированности пациента об имеющемся у него риске вследствие неблагоприятного влияния алкоголя на здоровье и увеличение риска развития хронических неинфекционных заболеваний.
- Информирование пациента о несовместимости алкоголя с приемом лекарственных препаратов.
- Мотивирование пациента к уменьшению потребления алкоголя (или отказу от него).

Подпись врача (Ф.И.О.) _____

Эпикриз взятия под диспансерное наблюдение

Дата взятия под диспансерное наблюдение _____

Анамнез: Болен(а) _____ лет. В анамнезе – _____. Состоит/не состоит под диспансерным наблюдением, с _____ (дата). Инвалидность есть/нет, дата _____, группа 1, 2, 3. Стационарное лечение проводилось (где, когда) _____, не проводилось. Принимает препараты _____ с положительным эффектом, без эффекта.

Жалобы: _____

Объективные данные: Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести. Правильного, повышенного, пониженного питания. Кожные покровы чистые, сухие, влажные. Цианоз (есть, нет). В легких дыхание везикулярное, _____ ослабленное, _____ жесткое, _____ хрипов _____ нет, есть _____. Частота дыхания _____ дд/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ясные. ЧСС _____ /мин. артериальное давление _____ / _____ мм рт. ст. Живот мягкий, б/болезненный, болезненный в _____. Печень не увеличена, увеличена на _____ см. С-м Пастернацкого отрицательный, положительный с обеих сторон, справа, слева. Стул оформлен. Диурез в норме. Пастозность, отечность голеней, стоп, нет.

Данные лабораторных и инструментальных методов обследования: _____

Диагноз: _____

План лечебно-оздоровительных мероприятий

1. Кратность осмотров _____ раз в год.
(количество)
2. Проведение лабораторных и инструментальных методов обследования (наименование обследования и количество раз в год):

(наименование обследования) _____ раз в год.
(количество)

(наименование обследования) _____ раз в год.
(количество)
3. Консультации узких специалистов: _____

(наименование специалистов) _____ раз в год.
(количество)
4. Санаторно-курортное лечение: планируется, не планируется (нужное подчеркнуть).
5. ВМП: планируется, не планируется (нужное подчеркнуть).
6. Обучение в школе здоровья: (наименование школы, кратность) _____

7. План лечения: _____

8. Дата диспансерной явки _____

Подпись врача (Ф.И.О.) _____

Заведующий отделением (Ф.И.О, подпись) _____

Приложение 9
УТВЕРЖДЕНА
приказом министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ № _____

Этапный эпикриз диспансерного наблюдения

Дата проведения _____

ФИО _____

Заболевание или состояние, при котором устанавливается диспансерное наблюдение

Дата взятия на диспансерное наблюдение _____

За истекший период состояние больного (улучшилось, ухудшилось, без изменений):

Противорецидивное лечение провел (дата, место, где получал) с _____ по _____

Количество обострений за истекший период и дата последнего обострения:

Объективные данные _____

Лабораторные и инструментальные исследования _____

План ведения

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Подпись врача (Ф.И.О.) _____

Годовой эпикриз диспансерного наблюдения за 202__ год

Ф.И.О. _____ Возраст (полных лет) _____

1.	Состоит под диспансерным наблюдением (дата взятия под диспансерное наблюдение)	
2.	Диагноз основной (код по МКБ-10)	
3.	Диагноз сопутствующий (код по МКБ-10)	
4.	Жалобы в течение года	
5.	Состояние больного (динамика объективного статуса: компенсация, декомпенсация)	
6.	Динамика лабораторных и инструментальных методов обследования (указать)	
7.	Кратность диспансерных осмотров	- соблюдена; - не соблюдена
8.	Противоречивое лечение	- получено; - не получено (причина)
9.	Школа здоровья	- название школы; - проводилась (кратность)/ не проводилась
10.	Санаторно-курортное лечение	- показано/ не показано; - проводилось/ не проводилось (причина)
11.	Госпитализация	- круглосуточный стационар/ дневной стационар (подчеркнуть), (указать название медицинской организации); - с профилактической целью/ по причине обострения (подчеркнуть); - сроки госпитализации.
12.	Вызовы СМП по поводу обострения основного заболевания (количество в течение года)	
13.	Инвалидность	- направлен(а)/не направлен(а) на МСЭ; - если направлен(а), то первично или повторно (подчеркнуть); - получена инвалидность в данном году- да/нет (дата); - по какому заболеванию получена инвалидность (код по МКБ-10); - группа инвалидности: 1, 2, 3; - имел(а) инвалидность ранее с (дата), по какому заболеванию (указать код МКБ-10), группа 1, 2, 3); - снята инвалидность (дата).
14.	Заключение о состоянии здоровья	- улучшение; - без динамики; - ухудшение (указать в чем ухудшение, с учетом стационарного лечения); - выздоровление; - смерть (подчеркнуть)
15.	Снят с диспансерного учета	- выздоровление; - отказ; - выехал(а); - смерть; - другие причины (указать).
16.	Дополнительные отметки	

План лечебно-оздоровительные мероприятия на 202_____год

1. Провести диспансерный осмотр (даты явок) _____
2. Провести обследования (наименование и планируемая дата)

3. Провести лечение (наименование лекарственных препаратов с указанием дозировки и кратности приема)

4. Школа здоровья (планируемая дата) _____
5. Санаторно-курортное лечение планируемое (где и срок)

6. Проконсультировать с врачами-специалистами (указать врачей-специалистов и планируемые сроки)

Лечащий врач _____

(Ф.И.О., подпись)

Заведующий отделением

(Ф.И.О., подпись)

(Наименование медицинской организации)

ЖУРНАЛ

диспансерного наблюдения пациентов с II группой здоровья

Начат « _____ » _____ 20 _____ Г.

Окончен « _____ » _____ 20 _____ Г.

(Наименование медицинской организации)

ЖУРНАЛ

проведения углубленного профилактического консультирования

Начат « _____ » _____ 20 _____ г.

Окончен « _____ » _____ 20 _____ г.

(Наименование медицинской организации)

ЖУРНАЛ

**по учету обучения граждан правилам оказания первой помощи
при жизнеугрожающих заболеваниях и их осложнениях**

Начат « _____ » _____ 20 _____ Г.

Окончен « _____ » _____ 20 _____ Г.

