|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Заявка на плановую телемедицинскую консультацию в ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РБ** | |
| **1** | **Наименование МО, подающей заявку** |  |
| **2** | **Дата подачи** |  |
| **3** | **Профиль специалиста-консультанта** |  |
| **4** | **ФИО педиатра, врача специалиста подающего заявку, контактный телефон** |  |
| **5** | **Цель консультации и вопросы к консультанту** |  |
| **6** | **Указать: первичная или повторная консультация (указать врача-консультанта)** |  |
| **7** | **Консультация очно или заочно** |  |
| **8** | **Указать даты очной консультации и врачей специалистов.** | Срок записи к специалистам не менее, чем за 14 дней. |
|  |  | |
| **9** | **Ф.И.О пациента** |  |
| **10** | **Дата рождения, возраст** |  |
| **11** | **Страховой полис, страховая компания** |  |
| **12** | **Адрес проживания** |  |
|  |  | |
| **13** | **Состояние пациента момент обращения** | \*Если пациент находится в стационаре - указывать даты госпитализации |
| **14** | **Рост** |  |
| **15** | **Вес** |  |
| **16** | **Выписка из истории развития** | Жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, данные объективного осмотра, локальный статус на момент подачи заявки |
| **17** | **Данные лабораторных исследований** |  |
| **18** | **Данные инструментальных исследований** |  |
| **19** | **Лечение** |  |
| **20** | **Клинический диагноз + диагноз по МКБ** |  |