|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименованиенаправляющей  первичной медицинской организации  Код ОГРН   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Медицинская документация  разработана в соответствии приказом  Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от 23.12.2020 г. N 1363н |

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ ПО ОМС**

|  |
| --- |
| **Фамилия, имя, отчество** Иванов Иван Иванович |
| **Дата рождения**12.10.1970 |
| **Адрес регистрации по месту жительства** г. Сорск, ул. Кирова 1-2 |
| **Номер страхового полиса ОМС**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **1** | **2** | **3** | **4** | **х** | **х** | **х** | **х** | **х** | **х** | **х** | **х** | **х** | **х** | **х** | **х** | |
| **Наименование страховой медицинской организации (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования(СНИЛС)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **0** |  | |
| **Код основного диагноза по МКБ (для направления на мед. Реабилитацию)** «COVID-19, вирус не идентифицирован» (код U07.2), «COVID-19, вирус не идентифицирован» (код U07.2) |

**Обоснование направления (результаты исследований)**Выписка из стационара или амбулаторной карты-данные СКТ легких( КТ -3), данные ЭКГ, спирограммы, биохимический анализ на СРБ, общий анализ крови, общий анализ мочи, ИХА или ИФА обследование на антитела к COVID-19;Оценка пациента по ШРМ-4 балла.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |
| **Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент**  ФБУ ЦР СФР «Туманный». | | |  |
| **Профиль отделения** реабилитационное | | |  |
| **Должность медицинского работника, направившего больного** |  |  |  |
| Ф.И.О. | подпись | МП |  |
| **Заведующий отделением/Руководитель** |  |  |  |
| Ф.И.О. | подпись | МП |  |

**"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.**

МП

|  |
| --- |
| **К НАПРАВЛЕНИЮ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ ПРИКЛАДЫВАЮТСЯ:**   1. **Выписка из медицинской документации (диагноз,код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, проведенной диагностике и лечении, рекомендации о необходимости оказания специализированной медицинской помощи).** 2. **Сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.** |