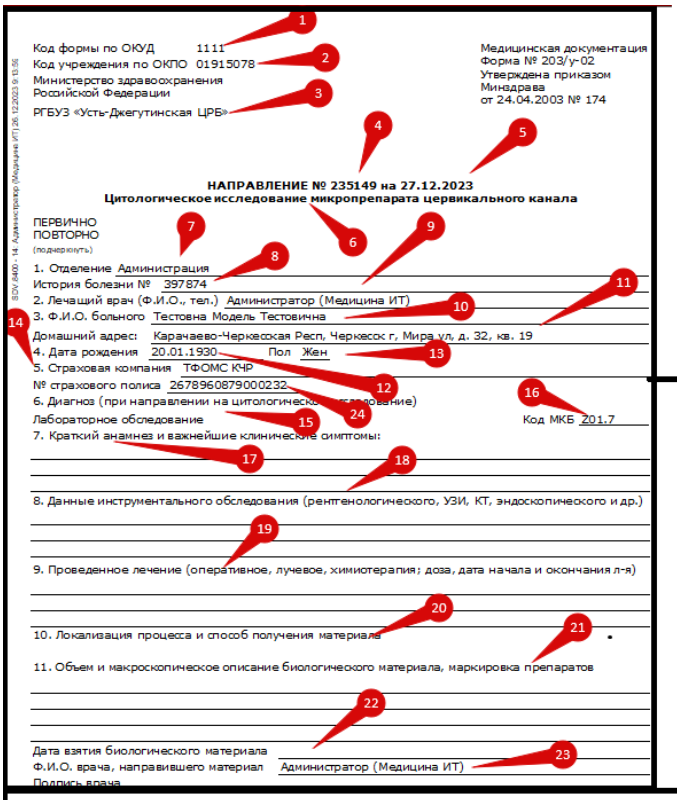
[SDV.8400] Направление цитология



Код формы по ОКУД 1111
Код учреждения по ОКПО 01915078
Министерство здравоохранения Российской Федерации
РГБУЗ «Усть-Джегутинская ЦРБ»

Медицинская документация
Форма № 203/у-02
Утверждена приказом Минздрава от 24.04.2003 № 174

НАПРАВЛЕНИЕ № 235149 на 27.12.2023
Цитологическое исследование микропрепарата цервикального канала

ПЕРВИЧНО
ПОВТОРНО
(подчеркнуть)

1. Отделение Администрация
История болезни № 397874
2. Лечащий врач (Ф.И.О., тел.) Администратор (Медицина ИТ)
3. Ф.И.О. больного Тестовна Модель Тестовична
Домашний адрес: Карачаево-Черкесская Респ, Черкесск г, Мира ул, д. 32, кв. 19
4. Дата рождения 20.01.1930 Пол Жен
5. Страховая компания ТФОМС КЧР
№ страхового полиса 2678960879000232
6. Диагноз (при направлении на цитологическое исследование)
Лабораторное обследование
Код МКБ 201.7
7. Краткий анамнез и важнейшие клинические симптомы:

8. Данные инструментального обследования (рентгенологического, УЗИ, КТ, эндоскопического и др.)

9. Проведенное лечение (оперативное, лучевое, химиотерапия; доза, дата начала и окончания л-я)

10. Локализация процесса и способ получения материала

11. Объем и макроскопическое описание биологического материала, маркировка препаратов

Дата взятия биологического материала
Ф.И.О. врача, направившего материал Администратор (Медицина ИТ)
Подпись врача

1 страница

Пункты 15, 17, 18, 19, 20, 21 подтягивают даные из шаблонов за 5 дней до назначения. Правило 5 дней до и 5 дней после, иначе время формирования пф растет критически

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ.

ЦЕЛЬ данного документа предоставить пациенту полную информацию о характере процедуры , особенностях течения периода после проведения манипуляции и осложнениях , которые могут возникнуть после неё.

Ф.И.О. пациента Тестовна Модель Тестовична

1. Я уполномочиваю врача _____выполнить мне Пункционную биопсию щитовидной железы, которая потребовалось с целью уточнения окончательного диагноза.

2. Врачом мне лично были разъяснены цель, характер , ход и объем планируемого обследования.
- гематомы мягких тканей при повреждении мелких сосудов и посттравматического отёка , которые могут возникнуть , как при проведении манипуляции, так и в течении 1-2 суток после пункции.
- инфильтрации мягких тканей в течении 2-7 суток после пункции.

3. Я информирован, что должен находиться под наблюдением врача возле кабинета в течении 15-20мин., плотно придерживая ватный тампон в месте проведения пункции, и в случае развития осложнения мне будет оказана квалификационная врачебная помощь по месту проведения биопсии. При возникновении осложнений в более позднем сроке следует обратиться к врачу , проводившему данную манипуляцию или к врачу хирургу по м/ж.

4. Я понимаю, что никто не может гарантировать 100% безопасность при проведении диагностических вмешательств.

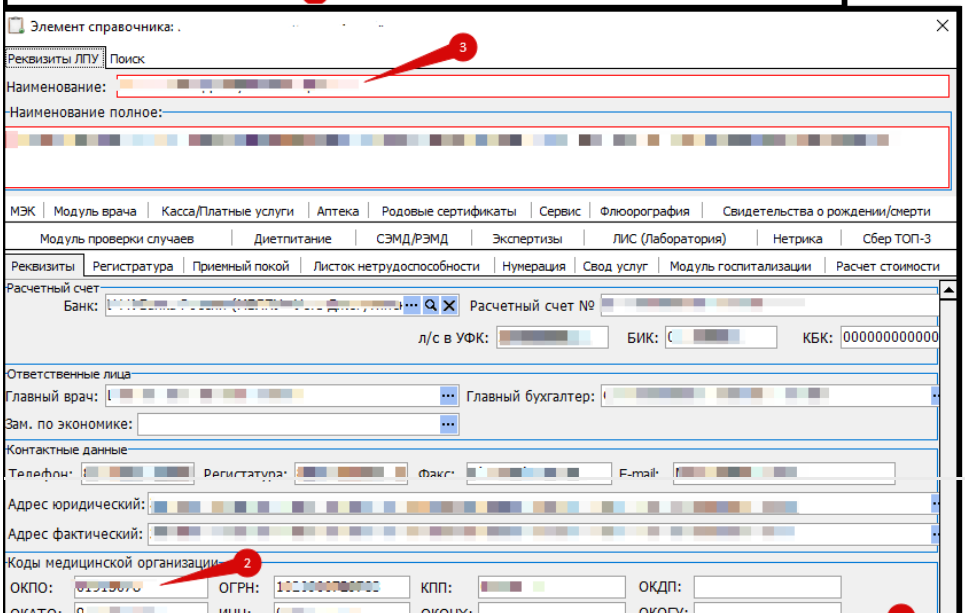
Я подтверждаю, что ознакомился (лась) с проведённой выше информацией.

Объяснение врача меня полностью удовлетворили ,и я даю согласие на проведение процедуры.

Дата 26.12.2023 **Подпись** _____

Выгружается текущая дата, которая в системе

2 страница



Revision #1
Created 26 February 2024 07:07:13 by Подопригора Дарья
Updated 26 February 2024 08:58:47 by Подопригора Дарья

1 3