Заявка

на проведение консультации/консилиума

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Фамилия |  |
| 2 | Имя |  |
| 3 | Отчество |  |
| 4 | Дата рождения (полностью) |  |
| 5 | Пол |  |
| 6 | СНИЛС |  |
| 7 | Полис (номер и наименование страховой компании) |  |
| 8 | Тип запроса (выбрать один):  - плановый  - неотложный  - экстренный |  |
| 9 | Выписка из первичной медицинской документации на почту:  федеральный уровень: PogudinaOS@odbhmao.ru  региональный уровень: RKonsul@odbhmao.ru | (отдельным файлом) |
| 10 | Цель консультации (можно выбрать несколько пунктов из представленных):  - уточнение диагноза;  - уточнение тактики лечения;  - запрос на лекарственное обеспечение;  - определение возможности госпитализации в МО более высокого уровня |  |
| 11 | Консультация:  - очная;  - заочная |  |
| 12 | Ссылка на обследование (если есть) |  |
| 13 | Профиль консультации (один)  (например: хирургия; онкология; гематология) |  |
| 14 | Наименование МО для консультации/консилиума | Выбрать из перечня телемедицинских консультативных центров, размещенных на сайте: **https://fcmk.minzdrav.gov.ru/** |
| 15 | № медицинской карты стационарного больного/  № медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях |  |