

**Форма заявки на телемедицинскую консультацию**  
**ЗАЯВКА № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**  
**НА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ**

1. Заявка направляется в (наименование ЛПУ):
2. Ф.И.О. пациента (или идентификатор):
3. Дата рождения:
4. Пол (подчеркнуть): м/ж
5. Адрес проживания пациента:
6. Предварительный диагноз направления:
7. Список прилагаемых медицинских документов и данные исследований (снимки, графические, фото- видео- и прочие изображения):
  - 7.1 Состояние пациента:
    - 7.1.1. основные жалобы;
    - 7.1.2. краткий анамнез заболевания, жизни;
    - 7.1.4. результаты общего осмотра пациента с основными данными физикального обследования органов и систем;
    - 7.1.5. данные лабораторных и инструментальных методов исследования (ОАК, ОАМ, ЭКГ, УЗИ и т.д.)
8. Цель телеконсультации (подчеркнуть нужное): диагностика заболевания, уточнение диагноза и лечения, определение тактика по ведению пациента, возможность госпитализации, иное - указать
9. Вид телеконсультации (подчеркнуть нужное): экстренная / плановая, первичная / повторная
10. Способ связи (указать номера (адреса) канала связи): ТСР/ІР, телефон:
11. Телеконсультация запрашивается (подчеркнуть нужное): - лечащим врачом,  
- лечащим врачом в присутствии больного / лица, действующего в его интересах,  
- иное (указать)
12. Требования к консультанту: Ф.И.О. \_\_\_\_\_ специализация \_\_\_\_\_  
ученая степень \_\_\_\_\_ подразделение \_\_\_\_\_
13. Вопросы к консультанту, примечания:
14. Ф.И.О., специальность лечащего врача, телефон, адрес (факсы) ЛПУ лечащего врача:
15. Желаемая дата и время проведения телеконсультации:
16. Ф.И.О. ответственного лица, передавшего заявку:
17. Заявка отправлена: дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.; время \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

**Форма протокола телемедицинской консультации**

1. Регистрационный номер протокола телемедицинской консультации
2. ФИО врача консультанта \_\_\_\_\_
3. ФИО адрес пациента \_\_\_\_\_
4. Возраст пациента \_\_\_\_\_
5. Пол \_\_\_\_\_
6. Диагноз \_\_\_\_\_
7. Рекомендации \_\_\_\_\_
8. Подпись врача консультанта (тов) \_\_\_\_\_
9. Печать медицинской организации \_\_\_\_\_
10. Дата телемедицинской консультации \_\_\_\_\_