

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

<p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу з надання психіатричної допомоги, або фізичної особи - підприємця, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечує на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням психіатричної допомоги, де заповнюється форма</p>	<p style="text-align: center;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації № 100-1/о</p> <p style="text-align: center;">ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p style="text-align: center;">Наказ МОЗ України</p> <p style="text-align: center;">№ _____</p>														
Код за ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>															
<p>ПРОТОКОЛ</p> <p>про проходження попереднього, періодичного та позачергового психіатричного огляду, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин № _____</p>															
1. Дата проведення огляду <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <small>(число, місяць, рік)</small>											2. Час проведення огляду <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <small>(години, хвилини)</small>				
3. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, стосовно якої проводиться огляд: _____															
4. Дата народження <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <small>(число, місяць, рік)</small>											5. Стать: чоловіча - 1, жіноча - 2, інше - 3 <input type="checkbox"/>				
6. Адреса фактичного проживання: _____															
7. Відомості, отримані при огляді:															
анамнез життя: _____ _____															
анамнез хвороби: _____ _____															
дані клінічного дослідження особи, виявлені під час проведення огляду:															
скарги: _____ _____															
психічний стан: _____ _____															
неврологічний стан: _____ _____															

соматичний стан: _____ _____ _____
результати лабораторного тестування на наявність психоактивних речовин: _____ _____ _____
8. Результати огляду. Психіатричні, у тому числі спричинені вживанням психоактивних речовин, протипоказань для виконання _____ (вид діяльності, робіт, професій, служби) <input type="checkbox"/> наявні – 1, відсутні – 2
9. Результати обстеження, проведеного комісією лікарів-психіатрів. Психіатричні, у тому числі спричинені вживанням психоактивних речовин, протипоказань для виконання _____ (вид діяльності, робіт, професій, служби) <input type="checkbox"/> наявні – 1, відсутні – 2, обстеження комісією лікарів-психіатрів не проводилось – 3
10. За результатом огляду видана Довідка про проходження попереднього, періодичного та позачергового психіатричного огляду, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин № _____.
11. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів), який(а) проводив(ла) огляд: _____
12. Підпис лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів), який(а) проводив(ла) огляд: _____ _____

**Генеральний директор
Директорату медичних послуг**

Олександра МАШКЕВИЧ