Приложение 9

к Соглашению об установлении тарифов на

оплату медицинской помощи по

обязательному медицинскому страхованию

от 28.12.2017 года № 1/2018

**Порядок**

**организации проведения компьютерной (магнитно-резонансной) томографии при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме**

1. **Общие положения**

1.1. Настоящий «Порядок организации проведения компьютерной (магнитно-резонансной) томографии при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме» (далее – Порядок) разработан в целях повышения качества и доступности оказания медицинской помощи населению Камчатского края и определяет алгоритм отбора и направления пациентов на проведение компьютерной (магнитно-резонансной) томографии (далее КТ (МРТ)) в медицинские организации Камчатского края при строгом соблюдении медицинских показаний, исключающих чрезмерную и неоправданную нагрузку на кабинеты КТ (МРТ).

1.2. Настоящий Порядок применяется при проведении КТ (МРТ) исследований в рамках последовательного процесса диагностики при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме пациентам по направлениям медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС в Камчатском крае.

1. **Порядок медицинского отбора и направления пациентов на КТ (МРТ).**

2.1. При медицинском отборе амбулаторных пациентов на проведение КТ (МРТ) лечащий врач после проведения других доступных инструментальных обследований (УЗИ, эндоскопические, рентгенологические методы и т.д.) и консультаций врачей-специалистов соответствующего профиля, определяет медицинские показания (Приложение 1) для КТ (МРТ) с учетом анализа объективного состояния пациента, результатов предшествующего лечения, данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований, после чего предоставляет заполненное направление (Приложение 2), подробную выписку из медицинской карты и результаты предварительных исследований на рассмотрение врачебной комиссией своей медицинской организации целесообразности проведения пациенту КТ (МРТ). В направлении должны быть четко сформулированы обоснование и цель проведения исследования.

При решении вопроса о направлении на КТ (МРТ), помимо основного заболевания, следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний.

Медицинскими организациями, не имеющими возможностей в проведении предварительных диагностических исследований и осмотров врачей-специалистов для решения вопроса о проведении КТ (МРТ) в соответствии с приложением 1, оформляется направление на консультативное посещение к врачу-специалисту в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь более высокого уровня.

2.2. Врачебная комиссия в медицинской организации, которая оформляет направление на КТ (МРТ), после рассмотрения представленной медицинской документации при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний дает положительное заключение на проведение КТ (МРТ), при отсутствии показаний – заключение с обоснованием отказа в выполнении исследования.

Заключение врачебной комиссии отражается в направлении на КТ (МРТ) исследования с подписями всех членов врачебной комиссии, после чего передается обратно лечащему врачу.

Выбор медицинской организации, в которой будет осуществляться КТ (МРТ) исследование, осуществляется пациентом, на основании информации лечащего врача о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Камчатского края, в которых возможно проведение соответствующего исследования с учетом установленных сроков ожидания медицинской помощи, а также с учетом технических возможностей указанных медицинских организаций в проведении КТ (МРТ) исследований.

Направление на КТ (МРТ) исследования выдается амбулаторному пациенту лечащим врачом на руки при наличии медицинских показаний на основании заключения врачебной комиссии о необходимости осуществления такого рода исследования.

2.3. Направление на КТ (МРТ) исследования (далее – Направление) выдается пациенту для предоставления в кабинет компьютерной (магнитно-резонансной) томографии с целью решения вопроса о дате и времени прохождения КТ (МРТ). После проведения КТ (МРТ) исследования Направление остается в кабинете компьютерной (магнитно-резонансной) томографии в качестве документации, подтверждающей обоснованность проведения исследования.

Амбулаторные пациенты, получив направление на КТ (МРТ) исследования, обязаны в течение трех рабочих дней явиться в кабинет КТ (МРТ) для определения даты и времени прохождения процедуры.

**3. Порядок проведения пациентам КТ (МРТ)**

3.1. Во время первичного посещения кабинета КТ (МРТ) пациенту определяются дата и время проведения процедуры, о чем делается соответствующая запись на Направлении.

3.2. В назначенное время пациент, прибыв в кабинет КТ (МРТ), предъявляет Направление, паспорт, страховой медицинский полис и СНИЛС (при наличии).

Сведения о застрахованном лице заносятся в журнал регистрации пациентов (фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, СНИЛС (при наличии), номер полиса ОМС), а также в журнал вносят сведения об учреждении, оформившем направление на диагностику, с указанием даты направления, кода по МКБ-10, сведения о дате осуществления, области исследования с указанием кода номенклатуры в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» и цели исследования. При проведении исследования с применением контраста в журнале делается соответствующая пометка.

3.3. Проведение КТ (МРТ) в плановой форме осуществляется в порядке очередности с периодом ожидания не более 30 календарных дней со дня записи на соответствующее исследование.

3.4. Результаты обследования выдаются пациентам на руки в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня выполнения КТ (МРТ) исследования, для предъявления врачу, выдавшему Направление.

Результаты обследования выдаются на бумаге или в виде твердых копий изображений на пленке с описанием и заключением за подписью врача-рентгенолога, проводившего обследование. При необходимости данные КТ (МРТ) копируются на электронный носитель.

При наличии возможности осуществления электронного документооборота между МО, направляющей пациента на КТ (МРТ) исследование, и МО-исполнителем, направление на КТ (МРТ) исследования оформляется на бумажном носителе и в электронном формате в медицинской информационной системе (МИС). В указанных случаях допускается оформление результатов обследования только в электронном формате в МИС.[[1]](#footnote-1)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1  к Порядку организации  проведения компьютерной  (магнитно-резонансной) томографии |

**Основные показания и противопоказания к выполнению МРТ**

**Основные показания для проведения МРТ**

1. **Заболевания головного мозга и центральной нервной системы:**
   1. Опухоли всех локализаций;
   2. Сосудистые заболевания: интракраниальные аневризмы и сосудистые мальформации;
   3. Демиелинизирующие заболевания;
   4. Воспалительные заболевания;
   5. Дисмиелопатии;
   6. МР-ангиография интракраниальных сосудов головного мозга;
   7. Эпилептические припадки и другие пароксизмальные состояния;
   8. Заболевания с впервые появившейся неврологической симптоматикой, особенно нарастающей;
   9. Клиника повышения внутричерепного давления, особенно при застойных дисках зрительных нервов;
   10. Нарушения высших мозговых функций;
   11. Наличие симптоматики, позволяющей предположить поражение селлярного, параселлярного и орбитального анатомических регионов;
   12. Позитивные данные ЭЭГ, радиоизотопного исследования, церебральной ангиографии, краниографии и других методов инструментального обследования с целью определения характера патологического процесса, его величины и локализации в структурах головного мозга;
   13. В динамике больным после или в процессе лечения различных заболеваний головного мозга.
   14. *Рекомендуемый объем предварительных обследования:*
   15. обзорные рентгенограммы черепа + специальные укладки, заключение офтальмолога (глазное дно, поля зрения), ЭЭГ, Эхо-ЭГ, заключение невролога.
2. **Заболевания орбиты:**

Опухоли;

Воспалительные заболевания;

Атрофия зрительного нерва;

Травмы;

Аномалии развития.

1. **Заболевания позвоночника и спинного мозга:**

Опухоли (первичные и вторичные) позвонков, спинного мозга и спинномозговых нервов;

Дистрофические поражения позвонков, межпозвоночных дисков, суставов, связочного аппарата;

Воспалительные заболевания;

Пороки развития позвоночника и спинного мозга;

Диагностика патологических переломов при остеопорозе и его дифференциальная диагностика с метастазами и другими заболеваниями;

Травматическая болезнь позвоночника и спинного мозга;

МР-ангиография экстракраниальных сосудов;

Выявление ранних и поздних послеоперационных осложнений;

Наличие сегментарной или проводниковой неврологической симптоматики;

Позитивные данные рентгенологического и других методов исследования, позволяющие заподозрить патологические изменения различной природы в спинном мозге, позвоночнике, позвоночном канале, в межпозвоночных дисках и других образованиях;

Подозрение на наличие аномалии кранио-вертебрального перехода;

В динамике больным после или в процессе лечения различных заболеваний спинного мозга и позвоночника.

* 1. *Рекомендуемый объем предварительных обследований:*
  2. обзорные рентгенограммы позвоночника + специальные укладки, ЭМГ, заключение невролога, нейрохирурга.

1. **Заболевания костей и суставов:**

Переломы (если клинически есть, а на рентгенограммах не видно);

Воспалительные заболевания;

Опухолевые заболевания;

Сосудистые заболевания и аномалии мягких тканей конечностей и суставов;

Дистрофические процессы суставов (артрозы, дистрофические кисты, асептический некроз, остеохондропатии);

Внутрисуставные тела;

Выявление осложнений после операций.

* 1. *Рекомендуемый объем предварительных обследований:*

обзорные рентгенограммы, УЗИ, заключение травматолога.

**5. Заболевания органов малого таза**:

Подозрение на объемное образование малого таза при трудностях в диагностике УЗ-исследования;

Травматические повреждения;

Воспалительные поражения органов малого таза;

Дифференциальная диагностика свободного и осумкованного выпота в малом тазу.[[2]](#footnote-2)

**Противопоказания для проведения МРТ\***

1. Электронные, магнитные или механические кардиостимуляторы;
2. Ферромагнитные или электрические протезы стремечка (височная кость);
3. Неизвестные гемостатические клипсы в ЦНС;
4. Металлические осколки в глазнице;
5. Вес пациента превышает максимально допустимый для магнитно-резонансного томографа.
6. Электронные, магнитные или механические имплантаты каротидного синуса, инсулиновые помпы, нервные стимуляторы, электроды или другие провода;
7. Неферромагнитные протезы стремечка;
8. Слуховые имплантаты;
9. Искусственные клапаны сердца (в сильных полях при подозрении на era повреждение);
10. Гемостатические клипсы в других органах;
11. Макияж и татуировки;
12. Тяжелая сердечная недостаточность;
13. Беременность;
14. Клаустрофобия;
15. Неустойчивое психоэмоциональное состояние.

Примечание:

\* - перечень противопоказаний не является исчерпывающим. Абсолютность показаний и противопоказаний определяются совместно врачом, проводящим исследование и врачом, направляющим на исследование.

**Основные показания для проведения КТ**

**1. Заболевания головного мозга:**

Травма головного мозга, лицевого черепа с подозрением на внутричерепное или субарахноидальное кровоизлияние, посттравматические последствия;

Оценка эффективности операций;

Подозрение на опухоль и вторичное поражение;

Подозрение на воспалительный процесс (абсцесс);

Изменения в костях свода и основания черепа;

Острое нарушение мозгового кровообращения;

Аномалии развития;

Опухоль селлярной области;

Гиперпролактинемия;

При трудностях в дифференциальной диагностике образований в полости черепа.

*Рекомендуемый объем предварительных обследований:*

ЭЭГ, Эхо-ЭГ, УЗДГ краниовертебральной зоны, рентгенограммы черепа в двух проекциях, заключение офтальмолога, невролога (нейрохирурга), травматолога;

Для оценки сосудов головы (шеи): рентгенограммы шейного отдела позвоночника;

Заключение эндокринолога с оценкой эндокринологического статуса, невролога, окулиста, прицельная R-графия турецкого седла.

1. **Заболевания орбиты:**

Подозрение на опухоль глазниц;

Экзофтальм неясного генеза;

Травма, инородное тело глазницы.

1. **Заболевания лицевого черепа и придаточных пазух носа:**

Подозрения на опухоль, кисту;

Воспалительные заболевания;

Травма;

Аномалии развития.

*Рекомендуемый объем предварительных обследований:*

Рентгенограммы придаточных пазух носа, носоглотки, височных костей по Шюллеру-Майеру, данные ото-, рино-, ларингоскопии, заключение оториноларинголога.

1. **Заболевания мягких тканей шеи, гортани (щитовилдная железа, лимфатические узлы шеи, гортаноглотка):**

Первичные и вторичные опухоли области шеи;

Инородные тела, требующие точной локализации.

1. **Заболевания позвоночника и спинного мозга:**

При наличии сегментарной или проводниковой неврологической симптоматики;

Травматическое поражение;

При позитивных данных рентгенологического и других методов исследования, позволяющих заподозрить патологические изменения различной природы в спинном мозге, позвоночнике, позвоночном канале, в межпозвоночных дисках и других образованиях;

При онкологических заболеваниях в других органах и системах с целью исключения метастазов в спинной мозг и (или) позвоночник;

При подозрении на наличии аномалии кранио-вертебрального перехода;

В динамике больным после или в процессе лечения различных заболеваний позвоночника и спинного мозга.

*Рекомендуемый объем предварительных обследований:*

Рентгенограммы соответствующего отдела позвоночника, заключение невролога, травматолога-ортопеда.

1. **Заболевания органов грудной клетки:**

При наличии позитивных рентгенологических данных, позволяющих заподозрить опухоль легких, средостения, плевры, грудной стенки;

При подозрении на метастатическое поражение легких;

С целью диагностики поражения лимфатических узлов;

Для уточнения распространенности, локализации и характера воспалительных изменений органов грудной клетки в сложных диагностических случаях;

Для оценки объема и характера травматических изменений;

Для выявления инородных тел в легких и средостении.

*Рекомендуемый объем предварительных обследований:*

Рентгенография грудной клетки, продольная томография зоны интереса, заключение терапевта, пульмонолога, онколога, фтизиатра, общий анализ крови, мочи, мокроты, анализ мокроты на АК и КУМ.

**7. Заболевания околоушных слюнных желез:**

Воспалительные процессы области околоушных слюнных желез;

Первичные и вторичные опухоли, кисты области околоушных слюнных желез.

**8. Заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства**

*Печень*

* при подозрении на первичное или вторичное опухолевое поражение печени и биллиарных протоков, жировую дистрофию, абсцессы (амебные, пиогенные) объемные образования (кисты, в том числе паразитарные), цирроз печени;
* при наличии клинической картины механической желтухи;
* для оценки в динамике эффективности лечения опухолевого поражения;
* при гепатомегалии неизвестной природы;
* при травматических повреждениях;

*Поджелудочная железа*

* при острых и хронических панкреатитах;
* при подозрении на объемное образование, первичное и вторичное опухолевое поражение;
* при травматических поражениях;
* для оценки эффективности лечения опухолевого поражения.

*Селезенка*

* при подозрении на инфаркт селезенки, кровоизлияние, абсцесс, первичные или вторичные опухолевые поражения;
* при спленомегалии.

*Почки*

• для уточнения характера объемного образования, выявленного с помощью других инструментальных методов исследования (дифференциация нормальных анатомических вариантов строения от патологических изменений, а также кист, от кистозных изменений при опухолевых процессах в почках);   
• у больных с клиническими данными, позволяющими заподозрить опухоль почек;   
• для диагностики околопочечных патологических процессов;   
• при подозрении на аномалию развития мочевыделительной системы.

*Надпочечники*

* при наличии клинических данных, указывающих на объемное поражение надпочечников;
* для уточнения состояния надпочечников при позитивных данных других инструментальных методов исследования (УЗИ, ангиографии, сцинтиграфии).

*Рекомендуемый объем предварительных обследований:*

Данные УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и органов малого таза; данные рентгенографии с пассажем бария по кишке, не менее чем за 2 недели до КТ; данные ирригоскопии; заключение гастроэнтеролога, онколога, хирурга.

Для исследования мочевыводящих путей – данные УЗИ почек, надпочечников, мочевого пузыря с допплерографией; данные внутривенной урографии, цистографии, цистоскопии; данные лабораторных методов исследований; заключение уролога/нефролога.

**9. Заболевания органов малого таза:**

Подозрение на объемное образование малого таза при трудностях в диагностике УЗ-исследования;

Травматические повреждения;

Воспалительные поражения органов малого таза;

Дифференциальная диагностика свободного и осумкованного выпота в малом тазу.

**10. Заболевания костей и суставов** (1 кость или 1 сустав, исследования тазобедренных и коленных суставов проводится по два):

Подозрения на опухоль, метастатическое поражение;

Воспалительные поражения (специфические, неспецефические)

Дегенеративно-дистрофические процессы;

Врожденные аномалии развития.

*Рекомендуемый объем предварительных обследований:*

Рентгенограммы зоны исследования; данные УЗИ пораженной области; данные лабораторных методов исследования; заключение хирурга/травматолога-ортопеда.

**11. Компьютерная ангиография (одного отдела) с (без) внутривенным усилением:**

Облитерирующие и аневризматическкие процессы;

Сосудистые опухоли, тромбозы;

Артерио-венозные мальформации

**Противопоказания для проведения КТ\***

Беременность;

Неадекватное поведение больного;

Непереносимость препаратов содержащих йод (для исследований с контрастным усилением);

Вес пациента превышает максимально допустимый для компьютерного томографа;

Примечание:

\* - перечень противопоказаний не является исчерпывающим. Абсолютность показаний и противопоказаний определяются совместно врачом, проводящим исследование и врачом, направляющим на исследование.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5  к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от 24.04.2018 года № 4/2018  «Приложение 2  к Порядку организации  проведения компьютерной  (магнитно-резонансной) томографии |

Направление на КТ (МРТ) исследования\*

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи

в плановой форме в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, в которой проводится диагностическое исследование)

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ медицинской карты амбулаторного больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ полиса ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование СМО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз (код МКБ-10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, выдавшей направление)

для проведения: - компьютерной томографии

- магнитно-резонансной томографии

Обоснование направления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Область исследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель исследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные предварительных исследований\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Переносимость йодсодержащих препаратов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач, выдавший

направление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

МП

Заключение ВК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Члены ВК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность (подпись) (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность (подпись) (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность (подпись) (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность (подпись) (расшифровка подписи)

МП

“\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

\* – все строки направления заполняются разборчивым почерком и обязательны для заполнения »

1. добавлен Согл.4/2018 от 24.04.2018–с 01.05.2018 года [↑](#footnote-ref-1)
2. добавлен Согл.4/2018 от 24.04.2018–с 01.05.2018 года [↑](#footnote-ref-2)