

Приложение N 5  
к приказу  
министерства здравоохранения  
Нижегородской области  
от 25.11.2020 N 315-1078/20П/од

**Консультативное заключение  
главного внештатного специалиста**

(указать Ф.И.О., профиль)

|       |  |   |
|-------|--|---|
| 1.    | <b>Дата консультации</b>   |   |
| 2.    | <b>Фамилия. Имя. Отчество</b>  |   |
| 3.    | <b>Дата рождения</b>   |   |
| 4.    | <b>Наличие группы инвалидности (да/нет)</b>  |   |
| 5.    | <b>Домашний адрес, телефон</b>   |   |
| 6.    | <b>Вид консультации (очно/заочно/с применением ТМК)</b>  |   |
| 7.    | <b>Цель консультации</b>   |   |
| 8.    | <b>Кем направлен пациент на консультацию</b>   | Указать наименование  |
| 8.    | <b>Основной диагноз (с указанием кода по МКБ)</b>  |   |
| 8.1.  | <b>Диагноз осложнения (с указанием кода по МКБ)</b>  |   |
| 9.    | <b>Основание для проведения консультации (направлен МЗ НО, м/о, личное обращение пациента)</b> | Указать   |
| 10.   | <b>Анамнез заболевания (подробно)</b>  |   |
| 11.   | <b>Результаты диагностических исследований (при наличии)</b>                                   | Дата, вид исследования, динамика  |
| 12.   | <b>Рекомендации</b>  |   |
| 12.1. | <b>Диагностические мероприятия</b>   |   |
| 12.2. | <b>Лекарственная терапия</b>   | Указать наименование лекарственного препарата по международному непатентованному наименованию, дозу, длительность лечения |
| 12.3. | <b>Дата следующей консультации (при необходимости)</b>   |   |

Исх. N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Подпись специалиста