**Форма заявки на телемедицинскую консультацию**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Данные о заявителе** | | | | |
| 1\* | Дата направления на консультацию |  | | |
| 2\* | Название медицинской организации. |  | | |
| 3\* | Ф.И.О. лечащего  врача (специалиста) |  | | |
| 4\* | Специальность, должность |  | | |
| 5\* | Контактная информация |  | | |
| 5а\* | Контактная информация технического специалиста |  | | |
| **Описательная часть** | | | | |
| 6\* | Цель консультации:   (нужное отметить) | уточнение диагноза |  | |
| рекомендации по лечению |  | |
| возможность госпитализации |  | |
| 7\* | Вид консультации:  (нужное отметить) | первичная | плановая |  |
| неотложная |  |
| экстренная |  |
| повторная | плановая |  |
| неотложная |  |
| экстренная |  |
| 8\* | Способ связи:  (нужное отметить) | телефон (указать номер) |  | |
| E-mail (указать адрес) |  | |
| Vip net |
| 9\* | Способ передачи данных | Vip net |  | |
| 10\* | Специальность консультирующего |  | | |
| 11 | Ф.И.О. консультирующего |  | | |
| 12 | Вопросы к консультанту |  | | |
| 13\* | Желаемая дата  и время проведения консультации |  | | |
| 14 | Примечание |  | | |
| **Данные о пациенте** | | | | |
| 15\* | Ф.И.О. |  | | |
| 16\* | Дата рождения |  | | |
| 17\* | Адрес |  | | |
| 18\* | Диагноз |  | | |
| 19\* | Медицинская часть (диагноз, краткий анамнез, данные обследования и т.д.) |  | | |

Приложение 3.2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **19** | **Дата приема заявки** |  |
| **20** | **Вх. № заявки** |  |
| **21** | **Сотрудник принявший заявку (**Ф.И.О., подпись) |  |
| **22** | **Консультантом назначен** (Ф.И.О.,подпись) |  |
| **23** | **Сведения о возможности выполнения заявки** | **Да/нет (нужное подчеркнуть)** |
| **24** | **Дата проведения консультации:** |  |
| **25** | **Примечания:** |  |

**Служебная информация**