**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**