|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации | Приложение 5 к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255 |
|  |
| (наименование медицинского учреждения) | Медицинская документация  Форма № 057/у-04  утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 |
|  |
|  |
|  |
| (адрес) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**НАПРАВЛЕНИЕ  
на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию**

(нужное подчеркнуть)

**Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Центр профессиональной патологии»**

**Отделение профессиональной патологии стационар**

**(Югорская Долина, Тобольский тракт 4, корпус Президент)**

**Тел.8(3467)-362555 доб.420, 256**

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Номер страхового полиса ОМС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Код льготы |  |  |  |

3. Фамилия, имя, отчество

4. Дата рождения

5. Адрес постоянного места жительства

6. Место работы, должность

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. Код диагноза по МКБ |  |  |  |  |  |  |

8. Обоснование направления

1. для проведения экспертизы связи заболевания с профессией;
2. для лечения и/или обследования с целью выявления признаков хронического профессионального заболевания (подозрение на профессиональное заболевание);
3. для лечения и/или обследования работника, занятого на работах с вредными производственными факторами (Приложение №1 п. \_\_\_\_\_);
4. для лечения с целью профилактики прогрессирования ранее установленного профессионального заболевания.

Должность медицинского работника, направившего больного

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заведующий отделением | | | |  | | |  |  |
|  | | | | (подпись) | | |  | (Ф.И.О.) |
| “ |  | ” |  |  |  | г. | | | |

М.П.

**Для госпитализации впервые с целью установления диагноза профессионального заболевания необходимо предоставить следующие документы:**

1. направление на госпитализацию от профпатолога либо терапевта по месту жительства с указанием цели (Форма № 057/у-04 Приказа МЗ РФ от 22.11.2004г № 255);
2. документ удостоверяющий личность (паспорт);
3. СНИЛС;
4. копии трудовой книжки или иных документов, подтверждающих трудовые отношения между работником и работодателем;
5. выписку из медицинской документации гражданина, содержащую клинические данные состояния здоровья гражданина (и оригинал амбулаторной карты при подозрении на профессиональное заболевание, для проведения экспертизы связи заболевания с профессией);
6. сведения о результатах обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (при подозрении на профессиональное заболевание, для проведения экспертизы связи заболевания с профессией);
7. санитарно-гигиеническую характеристику условий труда работника (для проведения экспертизы связи заболевания с профессией);
8. результат флюорографического исследования легких с указанием даты и места проведения исследования;
9. онкоосмотр для мужчин и женщин старше 40 лет (результаты действительны в течение 10 дней);
10. кал на яйца глистов (результаты действительны в течение 10 дней);
11. плавки (купальник), тапочки резиновые и полотенце для посещения бассейна.

**При получении направления согласовать дату госпитализации по телефону:+7346736255, доб.420 или 256**

**Для госпитализации пациентов с установленным профессиональным заболеванием, с целью профилактики прогрессирования:**

1. направление на госпитализацию от профпатолога либо терапевта по месту жительства с указанием цели (Форма № 057/у-04 Приказа МЗ РФ от 22.11.2004г № 255);
2. документ удостоверяющий личность (паспорт);
3. СНИЛС;
4. результат ФЛГ флюорографического исследования легких с указанием даты и места проведения исследования;
5. результаты клинических исследований: ЭКГ, ОАК, ОАМ, Б/х крови (глюкоза, холестерин, мочевина, креатинин, о. билирубин), RW (желательно);
6. выписку из амбулаторной карты (желательно);
7. справка МСЭ об установленном профессиональным заболевании (процент утраты трудоспособности), наличие инвалидности;
8. плавки (купальник), тапочки резиновые и полотенце для посещения бассейна.

**При получении направления согласовать дату госпитализации по телефону:+7346736255, доб.420 или 256**