**ЗАТВЕРДЖЕНО**
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
19 жовтня 2015 року № 681

| | |
|---|---|
| Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____<br>_____<br>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____<br>Код за ЄДРПОУ \|\|\|\|\|\|\|\|\| | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**<br>Форма первинної облікової документації<br>**№ 003/тм**<br>**ЗАТВЕРДЖЕНО**<br>Наказ МОЗ України<br>\|\|\|\|\|\|\|\| № \|\|\|\| |

# ЖУРНАЛ
## обліку телемедичних консультацій

Розпочато «_____» _____ 20 _____ року.

Закінчено «_____» _____ 20_____ року.

| Номер з/п | Статус | Отримано запит на телемедичне консультування до лікаря-консультанта | | | | Відмітка про виконання консультації | | Пацієнт (прізвище, ім’я, по батькові) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | дата | час | прізвище, ім’я, по батькові лікаря-консультанта | спеціальність | дата | час | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Вік пацієнта | Направлено запит на телемедичне консультування лікуючим лікарем закладу охорони здоров’я | | | | Отримано висновок лікаря-консультанта | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | дата | час | прізвище, ім’я, по батькові лікаря | структурний підрозділ/ спеціальність | дата | час | прізвище, ім’я, по батькові лікаря-консультанта |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |