_____

(полное наименование организации)

ЖУРНАЛ

учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара

www.spb-blank.ru

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя. отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)

_____
_____
_____
_____
_____

Код формы по ОКУД _____

Медицинская документация
Форма № 001/у

Утв. Приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 05.08.2022 г. №530н

ЖУРНАЛ

учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара

Начат «___»_____20___ г.

Окончен «___» _____20___ г.

www.spb-blank.ru

N п/п	Дата поступления	Время поступления (час, мин)	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Дата рождения (число, месяц, год)	Пол (мужской, женский)	Серия и номер паспорта или иного документа, удостоверяющего личность (при наличии)	Гражданство	Регистрация по месту жительства	Регистрация по месту пребывания пациента, номер телефона законного представителя, лица, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента	СНИЛС (при наличии)	Полис обязательного медицинского страхования (при наличии)	Пациент доставлен (направлен) полицией, выездной бригадой скорой медицинской помощи, другой медицинской организацией, обратился самостоятельно	Номер медицинской карты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

www.spb-blank.ru

Диагноз заболевания (состояния), поставленный направившей медицинской организацией, выездной бригадой скорой медицинской помощи (код по МКБ) <1>	Причина и обстоятельства травмы (в том числе при дорожно-транспортных происшествиях), отравления (код по МКБ)	Факт употребления алкоголя и иных психоактивных веществ, установление наличия или отсутствия признаков состояния опьянения при поступлении пациента в медицинскую организацию, дата и время взятия пробы и результаты лабораторных исследований	Отделение медицинской организации, в которое направлен пациент	Исход госпитализации (выписан, переведен в другую медицинскую организацию, умер), дата и время исхода, наименование медицинской организации, куда переведен пациент	Дата и время сообщения законному представителю, иному лицу или медицинской организации, направившей пациента, о госпитализации (отказе в госпитализации) пациента, ее исходе	В случае отказа в госпитализации в стационар, дневной стационар		Дополнительные сведения
						Причина отказа в госпитализации (отказался пациент, отсутствие показаний, помощь оказана в приемном отделении медицинской организации, направлен в другую медицинскую организацию, иная причина)	Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, зафиксировавшего причину отказа в госпитализации	
15	16	17	18	19	20	21	22	23

www.spb-blank.ru

В журнале прошнуровано, пронумеровано и скреплено

печатью _____листов / страниц
(нужное подчеркнуть)

«_____»_____20_____г.

Ф.И.О., должность, подпись _____

_____

М.П.