Приложение № 1

к приказу председателя Правления

ТОО «Национальный научный онкологический центр»

№\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.

**ПОЛОЖЕНИЕ**

**о работе мобильной бригады по оказанию паллиативной медицинской помощи ТОО «Национальный научный онкологический центр»**

**1. Общие положения**

1. Настоящее Положение о работе мобильной бригады по оказанию паллиативной медицинской помощиТОО «Национальный научный онкологический центр» (далее – Положение) определяет задачи и функции мобильной бригады (далее – МБ), устанавливает его права и ответственность, компетенцию при взаимодействии со структурными подразделениями ТОО «Национальный научный онкологический центр» (далее – Товарищество).
2. МБ относится к Консультативно – диагностическому центру с дневным стационаром (далее - КДЦсДС) Товарищества и предназначена для оказания паллиативной медицинской помощи на дому.
3. Непосредственный контроль и координацию деятельности МБ осуществляет руководитель КДЦсДС. В случае временного отсутствия руководителя, его обязанности исполняет лицо, назначенный приказом председателя Правления. На время замещения данное лицо приобретает соответствующие права и несет ответственность за ненадлежащее исполнение возложенных на него обязанностей.
4. МБ в своей деятельности руководствуется действующим законодательством Республики Казахстан, Уставом Товарищества, решениями органов управления Товарищества, а также настоящим Положением и другими внутренними документами Товарищества.
5. МБ создается или подлежит упразднению на основании решения Правления Товарищества.
6. МБ при выполнении своих функций, в рамках своих полномочий, взаимодействует со всеми должностными лицами и структурными подразделениями Товарищества.

**2. Задачи**

1. Задачами МБ по оказанию паллиативной медицинской помощи являются:
2. повышение доступности паллиативной медицинской помощи населению;
3. консультирование населения по вопросам оказания симптоматического лечения тяжелых проявлений заболевания (состояния) с учетом особенностей заболевания, врачами необходимых специальностей;
4. подбор или коррекция поддерживающей, противоболевой терапии на дому;
5. проведение процедур сестринского ухода, согласно перечня в приложении №2;
6. обучение членов семей и ухаживающих лиц основам сестринского ухода за инкурабельными пациентами на дому.
7. **Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи мобильными бригадами**

1. После поступления заявки на оказание паллиативной помощи на дому по телефону Call-центра КДЦ с ДС Товарищества (8/7172/702900 или 8/7172/702911) информация передается заведующему КДЦ с ДС (либо координатору). После чего, согласно заявленной необходимой медицинской помощи руководителем КДЦ с ДС собирается состав МБ для выезда на дом. Ответственными за предоставление специалистов необходимого профиля, являются:

- Центр многопрофильной хирургии – Ускенбаев Т.А.;

- Центр многопрофильной терапии с реабилитацией – Молдабеков Т.К.;

-Центр гепатопанкреатобилиарной хирургии, онкогепатологии и трансплатации органов – Спатаев Ж.С.;

- Центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии –

Умбетжанов Е.О.;

- Центр онкогематологии и ТКМ с онкогематологической реанимацией – Кемайкин В.М.

-Центр химиотерапии и централизованного химиоразведения – Умерзакова Б.Г.

1. Выезд Мобильной бригады осуществляется с использованием специализированного автомобиля, обеспечивающего своевременную доставку бригады к месту обслуживания пациента с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований. Непосредственный контроль за организацию выезда машины, а также графика работы автомобиля, ведет заведующий приемного покоя.
2. Работа Мобильной бригады во время выезда осуществляется под руководством врача. В состав Мобильной бригады входят: врач, психолог и средний медицинский работник. При необходимости, в работу Мобильной бригады могут привлекаться другие медицинские специалисты Товарищества.
3. На дому врач разъясняет и берет информированное согласие у пациента (официального представителя, родственника), согласно приложении №3 и №4. Медицинский осмотр, а также медицинские манипуляций проводятся только после подписания информированного согласия.
4. Выезд Мобильной бригады осуществляется на платной основе. Оплата за выезд бригады осуществляется в онлайн формате через терминал Каспи банка, согласно утвержденного прайса Товарищества. Квитанцию об оплате пациенты могут получить в приложении Каспи банка или фискальный чек получить на следующий день после услуги в консультативно-диагностическом центре (кассе). По приезду на рабочее место медсестра предоставляет кассиру отчет по данным пациента (ФИО, ИИН) и наименование проведенной услуги и данные работников, проводивших услуги. Кассир Товарищества проводит регистрацию чеков для отчетности.
5. После каждого посещения пациента, врачом Мобильной бригады заполняется Дневник посещения пациента, согласно приложения №5. Данная форма остается у пациента.
6. Для отчетности, врачом заполняется «Журнал учета выездов мобильной бригады ТОО «Национальный научный онкологический центр», в котором отображаются: дата выезда и время, ФИО пациента, дата рождения, ИИН, адрес, контактный телефон, дата и время обратного прибытия. В данный журнал прикрепляется копия Дневника посещения пациента. Данный журнал находится в КДЦсДС, за наличие своевременных записей ответственность несет врач, выполнивший выезд.
7. Рабочее время мобильной бригады: ежедневно с понедельника по пятницу, с 09:00 ч. до 16:00 ч.

**4. Заключительные положения**

16. Настоящее Положение вступает в силу со дня его утверждения.

17. Срок действия Положения не ограничен.

18. Изменения и дополнения в настоящее Положение вносятся решением Правления Товарищества.

Приложение № 2

к приказу председателя Правления

ТОО «Национальный научный онкологический центр»

№\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.

**Перечень сестринских манипуляций, оказываемых**

**во время выезда мобильной бригады по паллиативной помощи.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Код услуги, согласно утвержденного прейскуранта цен ТОО «ННОЦ»** | **Наименование услуги** |
|
| 1 | 02.02.12 | Хирургическая перевязка без медикаментов |
| 2 | 02.02.13 | Хирургическая перевязка с медикаментами (Обработка пролежней) |
| 3 | 02.02.22 | Катетеризация мочевого пузыря |
| 4 | 02.02.23 | Консультация стомированного пациента |
| 5 | 02.02.24 | Консервативное лечение пациентов с осложненной стомой |
| 6 | 02.02.09 | Забор (взятие материала на исследование) |
| 7 | 02.02.11 | Взятие крови на лабораторные исследования |
| 8 | 02.02.15 | Постановка периферического катетера |
| 9 | 02.02.16 | Внутривенная инъекция |
| 10 | 02.02.17 | Внутримышечная инъекция |
| 11 | 02.02.19 | Подкожная инъекция |
| 12 | 02.02.20 | Очистительная клизма |

Приложение № 3

к приказу председателя Правления

ТОО «Национальный научный онкологический центр»

№\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.

**ОБЩЕЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, МАНИПУЛЯЦИИ СПЕЦИАЛИСТАМИ**

**МОБИЛЬНОЙ БРИГАДЫ ТОО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»**

*(заполняется пациентом либо официальным представителем)*

**Пациент:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. пациента – полностью)*

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(число, месяц, год рождения)*

**Даю свое согласие** (подчеркнуть): себе / ребенку /родственнику / подопечному на обследование и лечение, а также проведение медицинских манипуляций.

1. Я информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка, родственника, подопечного), о необходимых обследованиях и лечении.
2. Мне в доступной форме разъяснена цель и методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования, лечения.
3. Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении.
4. Я знаю о праве отказаться от проведения осмотра, медицинских манипуляций, обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств.
5. Я знаю о том, что лечение моего основного заболевания координируется моим лечащим врачом (участковым врачом).
6. Я знаю, что в моих интересах **сообщить врачу** обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.
7. Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника, подопечного):

* Нет аллергии
* **Есть аллергия на:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)*

1. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима, а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям.
2. В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение тактики, плана лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом.
3. Ни при каких обстоятельствах мне не должны выполняться следующие процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(укажите процедуры, если вы против их выполнения. Если нет таковых – оставить пустым)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.
2. Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения, в том числе Госпитальной информационной системы.
3. Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача (медицинской сестрой) мною поняты, возможный риск предстоящего обследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан
4. В связи со сложившейся ситуацией ЧС в РК по CОVID-19 я обязуюсь соблюдать все правила карантина и правила личной гигиены:
5. Любую информацию о состоянии моего (ребенка, родственника) здоровья, проводимом обследовании и лечении, его результатах **я разрешаю сообщать следующим лицам:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ф.И.О. лица, которому вы разрешаете  сообщать о ходе лечения | Телефон | Родство/ отношение  к пациенту |
|  |  |  |
|  |  |  |

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

**Подпись:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата: \_\_\_\_\_**/\_\_\_\_\_/2022 года **Время:** \_\_\_\_\_ч\_\_\_\_\_мин

Если заполнил родственник / опекун / законный представитель пациента:

**Ф.И.О:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Степень родства:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Врач:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022 г. \_\_\_ч\_\_\_мин

*(фамилия, имя, отчество) (подпись) (дата) (время).*

Приложение № 4

к приказу председателя Правления

ТОО «Национальный научный онкологический центр»

№\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**(Платные услуги)**

В ТОО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»

**Пациент:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. пациента – полностью)*

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(число, месяц, год рождения)*

Даю свое **согласие** (подчеркнуть): себе / ребенку /родственнику / подопечному на обследование и лечение **на платной основе**. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима, а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям. Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о Пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения, в том числе Госпитальной информационной системы.

1. Пациент получает медицинские услуги Центра по тарифам согласно Прейскуранта цен на платные медицинские услуги.
2. **Пациент имеет право на:**

* Достойное обращение в процессе оказания медицинской помощи мобильной бригадой ТОО «ННОЦ».
* Уважительное отношение к своим культурным и личностным ценностям; Право на сохранение врачебной тайны о пройденной процедуре, лечении, общем анамнезе
* Получение в доступной форме имеющуюся информацию по услугам, цели обследования или лечения, альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования, лечения и госпитализации (при показаниях);
* Обращение к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении;

1. **Пациент обязуется:**

* Проявлять в общении с медицинскими работниками уважение и такт;
* Не совершать действий, нарушающих права медицинских работников;
* Своевременно произвести оплату за услуги, согласно Прейскуранта цен;
* Выполнять иные обязанности, предусмотренные законами Республики Казахстан;

1. **Центр обязуется:**

* Предоставлять Пациенту фискальный чек;
* Предоставить информацию о состоянии здоровья, диагнозе Пациента, с предоставлением Дневника посещения пациента;
* Выполнять иные обязанности, предусмотренные законами Республики Казахстан;

1. **Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.**

**Подпись:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата: \_\_\_\_\_**/\_\_\_\_\_/2022 года **Время:** \_\_\_\_\_ч\_\_\_\_\_мин

Если заполнил родственник / опекун / законный представитель пациента:

**Ф.И.О:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Степень родства:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 5

к приказу председателя Правления

ТОО «Национальный научный онкологический центр»

№\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.

**Дневник посещения пациента.**

Дата осмотра: Первичный, повторный

**ФИО:**

**А\Д Ps t0**

**Жалобы**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сознание:** ясное, спутанное, сопор, кома **(подчеркнуть)**

**Подвижность:** активен, активен в пределах квартиры с посторонней помощи, активен в пределах кровати, неподвижен.

**Кожные покровы:** нормальной окраски, бледные, диффузный цианоз, акроцианоз, сухие.

**Мочеиспускание:** самостоятельное, через мочевой катетер.

**Стул:** регулярный, со слабительными, задержка, жидкий.

Отек Тошнота

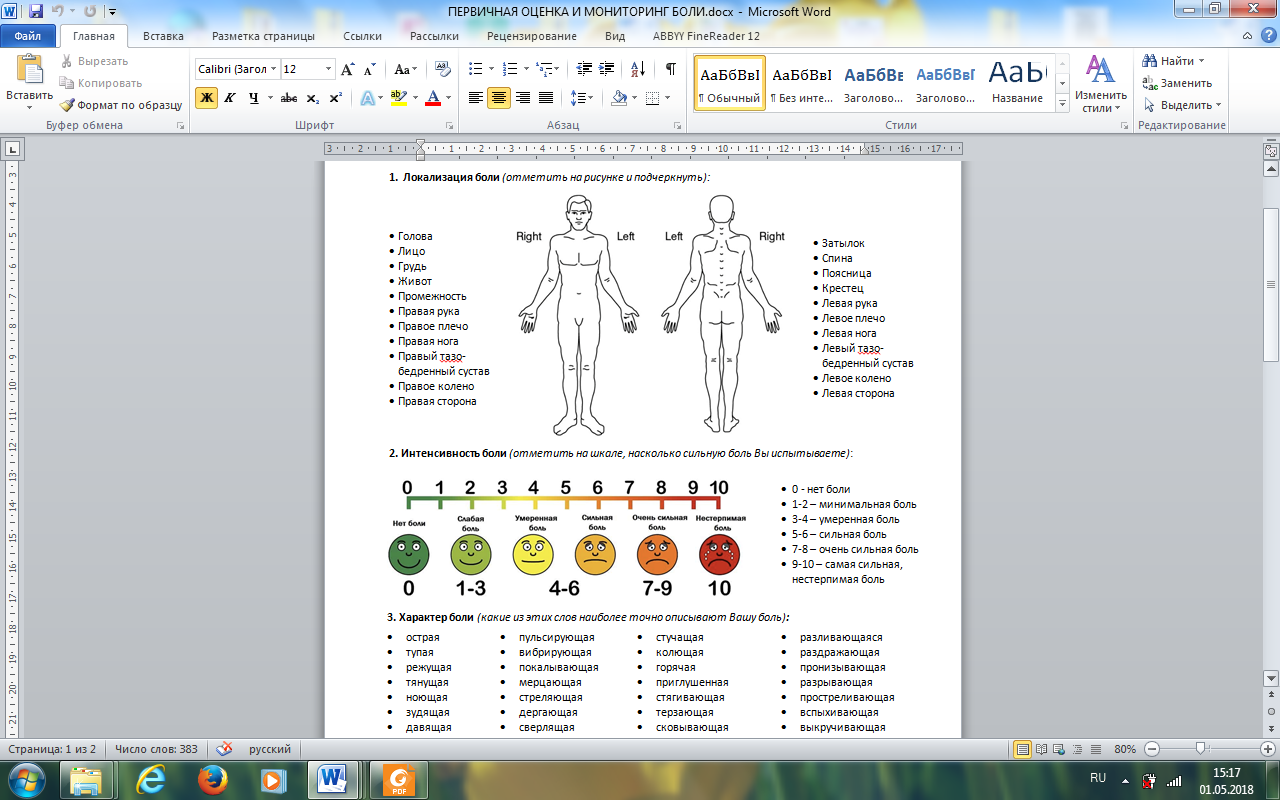
Пролежни Рвота

Раны Кашель

Недомогание, слабость Одышка

Аппетит снижен или отсутствует Нарушение сна.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Характер боли** *(какие из этих слов наиболее точно описывают боль у пациента, нужное подчеркнуть)****:*** | | | |
| острая  тупая  режущая  тянущая  ноющая  зудящая  давящая  жгучая | пульсирующая  вибрирующая  покалывающая  мерцающая  стреляющая  дергающая  сверлящая  щиплющая | стучащая  колющая  горячая  приглушенная  стягивающая  терзающая  сковывающая  ледяная |
| **Длительность боли: Негативные эмоции:** | | | | | |
| постоянная (боль присутствует Злость  практически всегда) Плаксивость  прорывная (бывают короткие Склонность к суицидальным мыслям.  периоды более сильной боли) | | | | |
|



|  |
| --- |
|  |

**Эффект от лечения**:

нет эффекта,

частичный эффект,

полный контроль боли

не выполнение рекомендации врача

**Рекомендаций:**

- лечение продолжить по ранее назначенной схеме

- необходимо увеличить суточную дозу обезболивающего препарата

- необходим переход на следующую ступень, так как нет эффекта

- достигнута максимальная дозировка обезболивающего препарата и сочетании с коанальгетиком,

но боль не купируется

-имеется непереносимость препарата

-прочее

\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Рекомендуемая схема лечения**

Обезболивающий препарат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Разовая доза: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Частота: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Путь введения:

Суточная доза:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Коанальгетики: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Противорвотные и слабительные средства:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дезинтоксикационная терапия:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач: (Ф.И.О.)

М.с: (Ф.И.О.)