

Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
18 квітня 2022 року № 651

<p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу з надання психіатричної допомоги, або фізичної особи - підприємця, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечує на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням психіатричної допомоги, де заповнюється форма</p> <p>Код за ЄДРПОУ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span></p>	<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p>Форма первинної облікової документації № 100-1/о</p> <p><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України</p> <p><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> № <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span></p>
---	--

  

**ПРОТОКОЛ**

**про проходження попереднього, періодичного та позачергового психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин № \_\_\_\_\_**

<b>1. Дата проведення огляду</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> <small>(число, місяць, рік)</small>	<b>2. Час проведення огляду</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> <small>(години, хвилини)</small>
<b>3. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, стосовно якої проводиться огляд:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>	
<b>4. Дата народження</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> <small>(число, місяць, рік)</small>	<b>5. Стать:</b> чоловіча — 1, жіноча — 2, інше — 3 <input style="float: right;" type="checkbox"/>
<b>6. Адреса фактичного проживання:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>	
<b>7. Відомості, отримані при огляді:</b> <b>анамнез життя:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>	
<b>анамнез хвороби:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>	
<b>дані клінічного дослідження особи, виявлені під час проведення огляду:</b> <b>скарги:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>	
<b>психічний стан:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>	
<b>неврологічний стан:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>	
<b>соматичний стан:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>	
<b>результати лабораторного тестування на наявність психоактивних речовин:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%; margin-top: 2px;"></div>	

8. Результати огляду.

Психіатричні, у тому числі спричинені вживанням психоактивних речовин, протипоказань для виконання

(вид діяльності, робіт, професій, служби)

☐

наявні — 1, відсутні — 2

9. Результати обстеження, проведеного комісією лікарів-психіатрів.

Психіатричні, у тому числі спричинені вживанням психоактивних речовин, протипоказань для виконання

(вид діяльності, робіт, професій, служби)

☐

наявні — 1, відсутні — 2, обстеження комісією лікарів-психіатрів не проводилось — 3

10. За результатом огляду видана Довідка про проходження попереднього, періодичного та позачергового психіатричного огляду, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин № \_\_\_\_\_.

11. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів), який(а) проводив(ла) огляд:

12. Підпис лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів), який(а) проводив(ла) огляд: