

Форма

**Направление на госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной)
или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований
в амбулаторно-поликлинических условиях**

Направление

1. Реквизиты медицинской организации, выдавшей направление

Наименование медицинской организации

Адрес, телефон

Код медицинской организации

6 6

Код ОГРН

Код структурного подразделения

Код врача, выдавшего направление

Специальность врача, выдавшего
направление

Дата выдачи направления

день месяц год

№ направления

2. Фамилия, Имя, Отчество пациента

Дата рождения

Адрес проживания

Контактный телефон

Социальный статус

Инвалидность,
группа

Страховой полис ОМС

1. полис старого образца

2. временное свидетельство

3. полис нового образца

Номер полиса

Код основного диагноза по МКБ-10

Код льготы

3. Реквизиты медицинской организации, куда направлен пациент

Наименование медицинской организации*

Код медицинской организации

6 6

Телефон

4. Направлен

(тип направления)

- 1 - направление на госпитализацию в круглосуточный стационар;
- 2 - направление на госпитализацию в дневной стационар;
- 3 - направление на консультативный прием в амбулаторно-поликлинических условиях;
- 4 - направление на проведение лабораторных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях;
- 5 - направление на проведение инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях;
- 6 - направление на телеконсультацию врач-врач;
- 7 - направление на телеконсультацию врач-пациент;
- 8 - направление на оказание услуг в амбулаторно-поликлинических условиях

Профиль
направления

(заполняется из справочника «профиль направления» приложение №4)

расшифровка типа
направления

(профиль отделения, специальность врача, диагностическое обследование)

Форма оказания
медицинской помощи

1. плановая 2. неотложная 3. экстренная

Необходимость оперативного
вмешательства

1. да 2. нет

Цель направления

4.4. Приложение к направлению:

**НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ, В Т.Ч. ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦИЮ;
ЛЕЧЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ
(РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР, ЦЕНТР)**
(заполняются дополнительные сведения в соответствии с Приказом МЗ СО от 22 июля
2015 года № 1049-п)

Дата предполагаемой выписки

Цель направления из перечня выбирается:

1. Уменьшение двигательного дефицита.
2. Повышение количественного и (или)
качественного уровня сознания.
3. Коррекция нарушений речи, глотания и питания.
4. Снижение уровня зависимости от посторонней
помощи и адаптация к самообслуживанию.
5. Определение реабилитационного потенциала и
разработка индивидуальной программы реабилитации
на ее последующих этапах.

Лечение	Суммарно, минут
Реабилитация	
Физиотерапия	
Кинезиотерапия	
Нейропсихологическая коррекция	
Эрготерапия	
Логопедические занятия	
ИТОГО	
Медикаментозная терапия	Да/нет
Антиагреганты	
Антикоагулянты	
Гипотензивные препараты	
Гиполипидемические препараты	
Нейрорепаранты	
Антидепрессанты	
Антиспастики	

Реабилитационные метрики

Показатель	Диапазон значений (баллы)	Норматив	При поступлении	При выписке
Шкала Рэнкин	0-6	0		
Шкала двигательного дефицита	0-5	5		
Модифицированная шкала Ashworth	0-4	0		

Суточная длительность вертикализации	0-12 часов	12		
Индекс мобильности Ривермид	1-15	>6		
Функциональная категория ходьбы Холден	0-5	5		
Баланс Берга	0-56	40-56		
TUGtest	10-120 с	<20		
10 м WT	10-60 с	<30		
Тест Ходкинсона	0-10	7-10		
Интеллектуальный статус MMSE	0-30	29-30		
Интеллектуальный статус MoCA	0-30	26-30		
FAB-батарея лобных тестов	0-18	16-18		
Шкала тревоги и депрессии (HADS)	0-21	0-7		
Шкала болевого поведения ((BPS)	0-10	0		
Шкала интенсивности боли (ВАШ)	0-10	0		
Шкала афазии	0-25	0		
Шкала дизартрии	1-36	1-12		
Шкала дисфагии	0-15	0-2		
Шкала пареза лицевого нерва	0-5	4-5		
Шкала Френчай	0-5	5		
Динамометрия	0-40 ед	40 муж 20 жен		
Шкала Бартела	0-20	20		
Нутритивный дефицит	0-100%	0		
Толерантность к физическим и интеллектуальным нагрузкам	0-100%	0		

Результаты нейровизуализации:
