



РЕСПУБЛИКА КРЫМ
СОВЕТ МИНИСТРОВ
РАДА МІНІСТРІВ
ВЕЗИРЛЕР ШУРАСЫ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИКАЗ

от 29.09.2016 № 1564
г. Симферополь

*О внесении изменений в приказ
МЗ РК от 18.04.2016 № 557
«О режимах работы компьютерных и
магнитно-резонансных томографов в
Республике Крым»*

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года №149 с целью рационального использования высокотехнологического оборудования, обеспечения доступности и качества оказания диагностической помощи населению Республики Крым

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести следующие изменения в приказ Министерства здравоохранения Республики Крым от 18.04.2016 № 557 (далее – Приказ):
 - 1.1. Абзац 2-й подпункта 1.2.2. подпункта 1.2. пункта 1 Приказа изложить в новой редакции: «-взрослых пациентов, за исключением пациентов, территориально относящихся к г.г. Ялта, Алушта, Евпатория и Саки, Сакского и Бахчисарайского районов в ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко»;
 - 1.2. Дополнить Приложением согласно приложения к настоящему приказу.
2. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Крым А.Шаклунова

Министр

А.И. Голенко

[illegible]

ТИПОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ НА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНУЮ ТОМОГРАФИЮ

(вид и область исследования)

Контрастное усиление: да _____ нет _____

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____ 3. Вес пациента _____

4. Контактный телефон пациента _____

5. Адрес места жительства

6. Место работы

7. Предварительный диагноз

8. Цель, задачи, обоснование МРТ

9. Сопутствующие заболевания : сахарный диабет, почечная недостаточность
(нужное подчеркнуть)

10. Прием лекарственных препаратов (НПВС, глюкокортикоиды)

Креатинин: _____ Мочевина: _____

(давность результатов анализов не более 14 дней)

Направляющий врач

(подпись, М.П.)

(Ф.И.О. разборчиво)

Заведующий отделением
(поликлиникой)

(подпись, М.П.)

(Ф.И.О. разборчиво)

“ ” _____ Г.
М.П.

Исследование (не) выполнено

Код услуги

Врач-рентгенолог

(Ф.И.О, подпись)

ПАЦИЕНТУ С СОБОЙ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ ДАННЫЕ ПРОВЕДЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (УЗИ, КТ/МРТ, рентгенографических, радионуклидных, эндоскопических, лабораторных)

Бланк: серия _____ № _____