

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
на лечение в реабилитационное отделение  
ГАУЗ «Республиканский клинический неврологический центр»

ФИО пациента \_\_\_\_\_  
Страховой полис № \_\_\_\_\_  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Домашний адрес \_\_\_\_\_  
Место работы \_\_\_\_\_  
Группа инвалидности \_\_\_\_\_  
**ДИАГНОЗ:**  
Основной диагноз: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сопутствующий диагноз: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Серологический анализ на сифилис, ВИЧ-инфекцию \_\_\_\_\_
  2. Общий анализ крови \_\_\_\_\_
  3. Концентрация глюкозы, показатель протромбина \_\_\_\_\_
  4. Общий анализ мочи \_\_\_\_\_
  5. Заключение гинеколога \_\_\_\_\_
  6. ЭКГ \_\_\_\_\_
  7. Флюорография \_\_\_\_\_
  8. Психиатр \_\_\_\_\_
  9. Хирург (отсутствие пролежней и троф. язв) \_\_\_\_\_
  10. Заключение терапевта \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Жалобы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Анамнез заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Объективное состояние, подробный неврологический статус, подробное описание двигательной сферы  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Данные дополнительных методов исследования (рентгенография, УЗИ, МРТ, РКТ и др.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Лечение: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Цель направления на реабилитацию \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата направления в ГАУЗ «РКНЦ» \_\_\_\_\_  
Лечебное учреждение \_\_\_\_\_  
Отделение \_\_\_\_\_  
ФИО лечащего врача (невролога) \_\_\_\_\_  
ФИО заведующего отделением \_\_\_\_\_

М.П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.