|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 основні медичне обслуговування населення, безпосередньо пов’язане з наданням психіатричної допомоги, де заповнюється форма |  | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** |
| Форма первинної облікової документації  **№ 100-2/о**  **ЗАТВЕРДЖЕНО**  Наказ МОЗ України  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| № |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| Код за ЄДРПОУ |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| **ДОВІДКА**  **про проходження попереднього, періодичного та позачергового психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин № \_\_\_**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1. Дата проведення огляду |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |   2. Час проведення огляду |   (число, місяць, рік) (години, хвилини) | | |
| 3. Прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) особи, стосовно якої проводиться огляд: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 4. Дата народження |  |  |  |  |  |  |  |  |   (число, місяць, рік) | |  |  | | --- | --- | | 5. Стать: чоловіча - 1, жіноча - 2, інше - 3 |  | | |
| 6. Місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 7. Результати огляду.  Психіатричні, у тому числі спричинені вживанням психоактивних речовин, протипоказань для виконання  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (вид діяльності, робіт, професій, служби)   |  | | --- | |  |   наявні -1, відсутні - 2 | | |
| 8. 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 | | |
| 9. Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів), який(а) проводив(ла) огляд:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 10. Підпис лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів), який(а) проводив(ла) огляд: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 11. Печатка лікаря (лікарів-психіатрів) і установи (за наявності), що засвідчує підпис(и) лікаря (комісії лікарів-психіатрів) | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Генеральний директор Директорату медичних послуг** | **Олександра МАШКЕВИЧ** |

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

**ІНСТРУКЦІЯ  
щодо заповнення форми первинної облікової документації № 100-2/о  
«Довідка про проходження попереднього, періодичного та позачергового психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин № \_\_\_\_\_»**

1. Ця Інструкція визначає порядок видачі та заповнення форми первинної облікової документації № 100-2/о «Довідка про проходження попереднього, періодичного та позачергового психіатричних оглядів, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин № \_\_\_\_» (далі — форма № 100-2/о).

2. Форма № 100-2/о ведеться в закладах з надання психіатричної допомоги будь-якої організаційно-правової форми, або фізичними особами — підприємцями, які отримали ліцензію з медичної практики та забезпечують на її підставі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов’язане з наданням психіатричної допомоги.

3. Форма № 100-2/о надається особі, стосовно якої проведено попередній, періодичний та позачерговий психіатричний огляд, у тому числі на предмет вживання психоактивних речовин (далі — огляд).

4. У пункті 1 зазначається дата проведення огляду.

5. У пункті 2 зазначається час проведення огляду.

6. У пункті 3 зазначається прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) особи, стосовно якої проведено огляд.

7. У пункті 4 зазначається дата народження особи, стосовно якої проведено огляд.

8. У пункті 5 зазначається стать особи, стосовно якої проведено огляд.

9. У пункті 6 зазначається місце проживання особи, стосовно якої проведено огляд.

10. У пункті 7 у разі виявлення у результаті огляду психіатричних, у тому числі спричинених вживанням психоактивних речовин, протипоказань для виконання вказаних видів діяльності (робіт, професій, служби), зазначається цифра 1; у разі відсутності у результаті огляду психіатричних, у тому числі спричинених вживанням психоактивних речовин, протипоказань для виконання вказаних видів діяльності (робіт, професій, служби), зазначається цифра 2.

11. У пункті 8 у разі виявлення у результаті обстеження, проведеного комісією лікарів-психіатрів, психіатричних, у тому числі спричинених вживанням психоактивних речовин, протипоказань для виконання вказаних видів діяльності (робіт, професій, служби), зазначається цифра 1; у разі відсутності у результаті обстеження, проведеного комісією лікарів-психіатрів, психіатричних, у тому числі спричинених вживанням психоактивних речовин, протипоказань для виконання вказаних видів діяльності (робіт, професій, служби), зазначається цифра 2; у разі, якщо обстеження комісією лікарів-психіатрів не проводилось, зазначається цифра 3.

12. У пункті 9 зазначаються прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів), який(а) проводив(ла) огляд.

13. У пункті 10 ставиться підпис лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів), який(а) проводив(ла) огляд.

14. У пункті 11 ставиться печатка лікаря (лікарів-психіатрів) який(а) проводив(ла) огляд(за наявності), і установи, де проводився огляд (за наявності).

|  |  |
| --- | --- |
| **Генеральний директор Директорату медичних послуг** | **Олександра МАШКЕВИЧ** |