

2.2.4.15. Формирование медицинской справки ф.086/у «Врачебное профессионально-консультативное заключение»

Войти в периферийную базу под правами врача амбулатории/СМП. Перейти «Контроль исполнения» - «АРМ врача Поликлиника» - вкладка «Диспансеризация» - «Мед. Справка»

АРМ Врача: Пациент - Тест Тест Тест 34 года (01.01.1987) Ж. Время начала приема: 20:30

Интерфейс: Исполнители: Байрак Ольга Николаевна СМП:

Дата	↓	Номер	Пациент	Медицинская карта
------	---	-------	---------	-------------------

В открывшейся форме нажать кнопку «Создать справку», из списка выбрать «Справка по форме № 086/у».

Обязательные реквизиты/вкладки для успешной регистрации в РЭМД:

- 1) Номер справки
- 2) Вкладка «Место работы, учебы» (Информация о месте требования справки)
 - Наименование организации
 - Адрес организации
 - Юр / Физ лицо
 - ОГРН / ОГРНИП
- 3) Вкладка «Перенесенные заболевания» необходимо заполнить минимум одно перенесенное заболевание
- 4) Вкладка «Консультация врачей специалистов» заполнить консультации в predetermined списке специалистов в табличной части
- 5) Поле «Причина обращения»
- 6) Вкладка «Инструментальные исследования» необходимо заполнить минимум одно инструментальное исследование
- 7) Вкладка «Лабораторные исследования» необходимо заполнить минимум одно лабораторное исследование
- 8) Профессиональная годность
- 9) Заключение о профессиональной годности

Заполнить форму ШМД «Справка по форме № 086/у «Врачебное профессионально-консультативное заключение»

Нажать «Документ готов», подписать медицинский документ ЭП.

← →

Тест Тест Тест, 1 от 20.12.17, Амбулаторная карта (Создание)

[Основное](#) [Сведения о пациенте](#) [Услуги](#) [Лекарственные назначения](#) [Компоненты крови](#) [Регистрации диагнозов](#) [Назначение питания](#) [Назначение добавочного питания](#) [Планы лечения пациента](#)

Справка по форме №086/y «Врачебное профессионально-консультативное заключение»

Записать и закрыть

врач-терапевт участковый

Документ готов

Выбрать ШМД

Скрыть готовые фразы

Изменить аппаратное наименование

Очистить все поля

Врач:

Пациент: Тест Тест Тест Дата рождения: 01.01.1987 Номер карты: 1

Медицинская справка по форме 086/y

Дата выдачи: 11.10.2021 Номер справки:

Адрес регистрации:

Место учебы работы:

Перенесенные заболевания:

J06.8 Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации; J06.8 Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации; Z00.0 Общий медицинский осмотр; Z00.0 Общий медицинский осмотр; Z34.8 Наблюдение за течением другой нормальной беременности; C00.0 Злокачественное новообразование наружной поверхности верхней губы; C00.0 Злокачественное новообразование наружной поверхности верхней губы; C00.0 Злокачественное новообразование наружной поверхности верхней губы; H44.2 Дегенеративная миопия; H44.2 Дегенеративная миопия;

Профилактические прививки:

1 Профилактика и лечение дифтерии-столбняка0Ревакцинация
1 Профилактика полиомелита0Вакцинация

Заключение:

Внимание! Для установки подписи МО необходимо использовать обработку: Массовое подписание МД.