**Схема маршрутизации пациентов**

**при прохождении диспансеризации /профилактического медицинского осмотра**

БУЗ УР «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_МЗ УР» (*наименование медицинской организации*)

**Самообращение**

**Регистратура**

**Врачи всех специальностей**

**Дневной / круглосуточный стационар**

**Пациент**

**Кабинет/отделение медицинской профилактики***(по предварительный записи)***Кабинет:** № *указать номер кабинета (этаж)*  
Пн-Пт 8:00 – 19:00; Сб 08:00 – 14:00 (согласно графику)

I ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

- анкетирование   
- антропометрия   
- измерение внутриглазного давления   
- лабораторные исследования – каб. № *указать номер кабинета*  
- ЭКГ – каб. № *указать номер кабинета*   
- смотровой кабинет – каб. № *указать номер кабинета*  
- флюорография – каб. № *указать номер кабинета*

I

ЭТАП

**Врач-терапевт/врач общей практики** *(по предварительной записи)* **Кабинеты:** № *указать номер кабинета/ов (этаж)*Пн-Пт 8:00 – 19:00Сб 08:00 – 14:00 № *указать номер кабинета/ов (этаж)*согласно графику)

**Кабинет/отделение медицинской профилактики**

**Кабинет:** № *указать номер кабинета (этаж)*

- краткое профилактическое консультирование

- индивидуальное краткое профилактическое консультирование

- заключение по результатам I этапа  
- осмотр  
- определение группы здоровья  
- направление на II этап при наличии показаний с целью дополнительного обследования, углубленного профилактического консультирования

II ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ   
отделение функциональной диагностики и консультация врачей-специалистов

- установление диагноза   
- определение/уточнение группы здоровья   
При наличии показаний:  
- установление диспансерного наблюдения  
- направление на дополнительные обследования, консультации вне рамок диспансеризации   
- направление на реабилитационные мероприятия

**Кабинет/отделение медицинской профилактики**

*(по предварительной записи)* **Кабинет:** № *указать номер кабинета (этаж)*

- индивидуальное и групповое углубленное профилактическое консультирования

**Врач-терапевт/врач общей практики** *(по предварительной записи)* **Кабинеты:** № *указать номер кабинета/ов (этаж)*Пн-Пт 8:00 – 19:00Сб. 08:00 – 14:00 № *указать номер кабинета/ов (этаж)*

II

ЭТАП

II ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ   
отделение функциональной диагностики и консультация врачей-специалистов