

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року

№ 110

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <hr/> <hr/> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/> <p>Код за ЄДРПОУ <table border="1" data-bbox="629 587 1048 619"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>												<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p><b>№ 035/о</b></p> <p><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p>Наказ МОЗ України</p> <table border="1" data-bbox="1507 587 2101 619"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>№</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											№				
										№																	
<p style="text-align: center;"><b>ЖУРНАЛ</b> запису висновків лікарсько-консультаційної комісії</p> <p>Почато “ ___ ” _____ 20__ року <span style="float: right;">Закінчено “ ___ ” _____ 20__ року</span></p>																											



Діагноз або привід для направлення хворого на ЛКК*	Номер листка непрацездатності	Кількість днів непрацездатності за даним діагнозом	Висновок комісії (діагноз, направлення на стаціонарне лікування, зміна роботи, число днів продовження листка непрацездатності тощо)	Який раз хворий проходить ЛКК*	Підписи членів комісії	Дата направлення на МСЕК	Висновок МСЕК
9	10	11	12	13	14	15	16

\* Лікарсько-консультаційна комісія.