

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони

здоров'я України

24 травня 2013 року № 423

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 028-3/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

2 | 4 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 3 | № 4 | 2 | 3 |

ВИСНОВОК № _____

комісії Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій з визначення показань для проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів

_____ 20__ року
(дата заповнення)

_____ (місцезнаходження закладу охорони здоров'я, у якому складено висновок)

_____ (найменування закладу охорони здоров'я)

1. Прізвище, ім'я, по батькові вагітної жінки _____.

2. Вік _____. 3. Місце проживання _____.

4. Заключний клінічний діагноз _____
(зазначаються строк вагітності, діагноз хвороби, форма, стадія, ступінь та примітки)

5. Показання та підстави для проведення операції переривання небажаної вагітності _____.

Голова комісії _____
(прізвище, ініціали) (підпис)

Члени комісії: _____;
(прізвище, ініціали) (підпис)

_____ (прізвище, ініціали) (підпис)