

(наименование организации  
здравоохранения)

Форма № 114/у-19

Сопроводительный лист карты вызова  
бригады скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) (далее –  
ФИО) пациента \_\_\_\_\_

по документам,  со слов  пациента,  окружающих.

Идентификационный номер пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ или возраст \_\_\_\_\_ лет (месяцев).

Адрес вызова \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

Место пребывания \_\_\_\_\_

Амбулаторно-поликлиническая организация здравоохранения,  
обслуживающая пациента \_\_\_\_\_

Страховой полис: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_ срок действия \_\_\_\_\_

Страховая организация \_\_\_\_\_

Предварительный диагноз, установленный врачом скорой медицинской  
помощи (далее – СМП) (фельдшером) \_\_\_\_\_

Дата и время первичного контакта с пациентом \_\_\_\_\_

Медицинская транспортировка (эвакуация) (далее – транспортировка) в

(наименование организации здравоохранения)

в \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Транспортирован с  улицы,  рабочего места,  квартиры,

из общественного места,  организации здравоохранения.

Пациент:

обслужен амбулаторно,  находился на стационарном лечении,

переведен в другую организацию здравоохранения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент  выписан \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент  скончался в \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Указать выявленные на этапе приемного отделения недостатки в  
организации оказания медицинской помощи бригадой СМП и какие  
нормативные правовые акты были нарушены: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Врач больничной организации здравоохранения

(подпись)

(ФИО)

(наименование организации  
здравоохранения)

Приложение 3  
к постановлению  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
04.01.2020 № 2

Форма № 114/у-19

Талон к сопроводительному листу карты вызова  
бригады скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ или возраст \_\_\_\_\_ лет (месяцев).

Адрес вызова \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

Место пребывания \_\_\_\_\_

Транспортировка в \_\_\_\_\_

(наименование организации здравоохранения)

в \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Предварительный диагноз, установленный врачом СМП (фельдшером)

Диагноз врача приемного отделения \_\_\_\_\_

Заключительный диагноз \_\_\_\_\_

Обстоятельства заболевания (травмы) \_\_\_\_\_

Общее состояние пациента (до оказания медицинской помощи): сознание \_\_\_\_\_,

артериальное давление \_\_\_\_\_ мм. рт. ст., пульс \_\_\_\_\_

ударов в минуту, частота дыхания \_\_\_\_\_ в минуту, температура тела \_\_\_\_\_ °С,

гликемия \_\_\_\_\_ ммоль/л, сатурация \_\_\_\_\_ %, шкала

ком Глазго \_\_\_\_\_ баллов, шоковый индекс \_\_\_\_\_.

Транспортировка:  пациент передвигался самостоятельно; перенесен:

на носилках,  на эвакуационном кресле,  на руках.

Объем медицинской помощи, оказанной бригадами СМП пациенту в

адресе вызова и во время транспортировки:  ингаляция O<sub>2</sub>,

небулайзерная терапия,  иммобилизация,  промывание желудка,

остановка кровотечения,  искусственная вентиляция легких,

дефибрилляция,  наружная кардиостимуляция.

Наименование	Дозировка	Путь введения

Состояние пациента после транспортировки: сознание \_\_\_\_\_,

артериальное давление \_\_\_\_\_ мм. рт. ст., пульс \_\_\_\_\_ ударов в

минуту, частота дыхания \_\_\_\_\_ в минуту, температура тела \_\_\_\_\_ °С,

гликемия \_\_\_\_\_ ммоль/л, сатурация \_\_\_\_\_ %.

Врач СМП (фельдшер) \_\_\_\_\_

(подпись)

(ФИО)