

Приложение 5  
к постановлению  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
04.01.2020 № 2

Форма № 118/у-19

(наименование организации  
здравоохранения)

**ЖУРНАЛ**

**передачи информации о пациенте в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях**

Начат \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Окончен \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Срок хранения \_\_\_\_\_ лет

Амбулаторно-поликлиническая организация здравоохранения	№ карты вызова бригады скорой медицинской помощи (далее – СМП)	№ бригады СМП	Дата и время приема вызова бригады СМП	Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) (далее – ФИО) пациента (идентификационный номер пациента)	Дата рождения пациента, возраст (полных лет, для детей – до 1 года – месяцев, дней)	Пол	Код диагноза по международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10 пересмотр)	Адрес вызова бригады СМП	Место жительства пациента (место пребывания)	ФИО передавшего информацию о пациенте, время передачи (для бумажной формы)	ФИО принявшего информацию о пациенте (для бумажной формы)

Примечание. Ведется на бумажном носителе или в виде электронного документа, оформленного в соответствии с законодательством об электронных документах и электронной цифровой подписи.