

Приложение 1
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
04.01.2020 № 2

Форма № 109/у-19

(наименование организации
здравоохранения)

ЖУРНАЛ
записи вызовов службы скорой медицинской помощи

Начат _____ 20__ г.

Окончен _____ 20__ г.

Срок хранения _____ лет

№ п/п	Дата и время обращения (часы, минуты)	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)	Адрес вызова бригады скорой медицинской помощи (далее – СМП)	Место жительства (место пребывания)	Повод вызова бригады СМП	ФИО или должность лица, обратившегося в службу СМП, контактный номер телефона	Приоритет вызова бригады СМП	Номер карты вызова бригады СМП
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение

Переадресация вызова в другую организацию здравоохранения (наименование организации здравоохранения)	Номер бригады СМП	Предварительный диагноз, установленный врачом СМП (фельдшером)	Дата и время (часы, минуты)			Результат выезда (оставлен на месте, передан, транспортирован)	Организация здравоохранения, куда транспортирован пациент	ФИО и подпись лица, внесшего данные
			выезда/передачи вызова в другую организацию здравоохранения	прибытия в адрес вызова	завершения			
11	12	13	14	15	16	17	18	19

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