

(Asmens, turėjusio sąlytį su užkrečiamąja liga, siuntimo pas šeimos gydytoją forma)

(visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

(įstaigos kodas, adresas, telefonas)

**ASMENS, TURĖJUSIO SĄLYTĮ SU UŽKREČIAMĄJA LIGA, SIUNTIMAS PAS ŠEIMOS
GYDYTOJĄ**

20 m. d. Nr.

(adresatas)

1. Asmens, turėjusio sąlytį, vardas, pavardė, asmens kodas
2. Gyvenamoji vieta
3. Gimimo data [] [] [] [] – [] [] – [] []
4. Lytis: [] vyras [] moteris
5. Asmuo apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu: [] taip [] ne
6. Užkrečiamosios ligos ar sukėlėjo, su kuriais asmuo turėjo sąlytį, pavadinimas
7. Siuntimo priežastis:
[] sveikatos būklės įvertinimas
[] mikrobiologinių tyrimų paėmimas
[] imunoprofilaktika
[] chemoprofilaktika
[] kita (įrašyti

(pareigos)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

(pildoma asmens sveikatos priežiūros įstaigoje)

8. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas
9. Data [] [] [] [] – [] [] – [] []
10. Išvada ir (arba) diagnozė
11. Taikytos priemonės:
[] paskirtas izoliavimas namuose (įrašyti laikotarpį))
[] mikrobiologinių tyrimų atlikimas (įrašyti))
[] imunoprofilaktika (įrašyti))
[] chemoprofilaktika (įrašyti))
[] siuntimas hospitalizavimui (įrašyti))
[] kita (įrašyti

(pareigos)

(parašas)

(vardas ir pavardė)