

Федеральное государственное автономное учреждение здравоохранения
«Больница Пущинского научного центра РАН»
142290, г. Пущино Московской области, ул. Институтская, д.1
тел. 84967732406, e-mail: bpnc@mail.ru

ПРОТОКОЛ КОНСИЛИУМА

от « ____ » _____ 20 ____ г.
_____ час. _____ мин.

Ф.И.О. пациента _____ № медицинской карты _____

Диагноз: _____

Причины проведения консилиума: _____

Динамика течения заболевания: _____

Состояние пациента на момент проведения консилиума: _____

Данные лабораторных исследований и их интерпретация: _____

Данные инструментальных исследований и их интерпретация: _____

РЕЗЮМЕ:

РЕШЕНИЕ консилиума: _____

Члены консилиума:

_____	_____
должность врача, Ф.И. О.	подпись врача
_____	_____
должность врача, Ф.И. О.	подпись врача
_____	_____
должность врача, Ф.И. О.	подпись врача

С решением консилиума ознакомлен:

_____	_____
должность, Ф.И.О. уполномоченного лица	подпись уполномоченного лица

« ____ » _____ 20 ____ г.
_____ час. _____ мин