

### Уведомление о направлении

Название медицинского учреждения: \_\_\_\_\_  
Имя пациента: \_\_\_\_\_  
Адрес пациента: \_\_\_\_\_  
Пол: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_  
Дата лечения: \_\_\_\_\_  
Диагноз: \_\_\_\_\_  
Временное лечение: \_\_\_\_\_  
Направлен на лечение в: \_\_\_\_\_  
Для: \_\_\_\_\_

### Важные жизненные признаки

При поступлении	До выписки
Темп:	Темп:
Кровяное давление:	Кровяное давление:
Пульс:	Пульс:
Частота дыхания:	Частота дыхания:

День: \_\_\_\_\_ Месяц: \_\_\_\_\_ Год: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Лечащий Врач: \_\_\_\_\_

*Взято из Ассоциации Камбоджи по репродуктивному здоровью*

### Уведомление о направлении

Название медицинского учреждения: \_\_\_\_\_  
Имя пациента: \_\_\_\_\_  
Адрес пациента: \_\_\_\_\_  
Пол: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_  
Дата лечения: \_\_\_\_\_  
Диагноз: \_\_\_\_\_  
Временное лечение: \_\_\_\_\_  
Направлен на лечение в: \_\_\_\_\_  
Для: \_\_\_\_\_

### Важные жизненные признаки

При поступлении	До выписки
Темп:	Темп:
Кровяное давление:	Кровяное давление:
Пульс:	Пульс:
Частота дыхания:	Частота дыхания:

День: \_\_\_\_\_ Месяц: \_\_\_\_\_ Год: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Лечащий Врач: \_\_\_\_\_

*Взято из Ассоциации Камбоджи по репродуктивному здоровью*