Anexa nr. 4
la Ordinul MSMPS
nr. 28 din 11.02.19

Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale al Republicii Moldova
Министерство Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты Республики Молдова

denumirea instituţiei
наименование учреждения

DOCUMENTAŢIE MEDICALĂ

Formular nr. **155-1/e**
Форма
Aprobat de MSMPS al RM nr. din
Утверждена МЗТСО РМ

REGISTRU
DE ÎNREGISTRARE A PROCESELOR VERBALE AL EXAMINĂRII MEDICALE DE CONSTATARE A FAPTULUI DE CONSUMARE A ALCOOLULUI, STĂRII DE EBRIETATE ŞI NATURII EI

ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ ПРОТОКОЛОВ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ФАКТА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ, СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЯ И ЕГО ХАРАКТЕРА

Început "_____" _____20_____ Terminat "_____" _____20_____
Начат Окончен

1. **Registrul se completează de asistenta medicală care participă la examinarea medicală şi se păstrează în cabinetul destinat pentru aceasta**
   Журнал заполняется средним медицинским работником, который принимает участие в медицинском освидетельствовании и хранится в предназначенном для этого кабинете

2. **Numărul de ordine din registru corespunde numărului procesului - verbal**
   Номер по порядку из журнала соответствует № протокола

3. **Lunar se controlează de către preşedintele comisiei pentru examinarea medicală de constatare a faptului de consumare a alcoolului, stării de ebrietate şi naturii ei**
   Ежемесячно контролируется председателем комиссии по освидетельствования для установления факта употребления алкоголя, состояния опьянения и его характера

4. **Paginile registrului se numerotează, după care acesta urmează a fi şnuruit şi sigilat cu ştampila instituţiei şi semnătura conducătorului**
   Журнал с пронумерованными страницами, должен быть прошнурован и скреплен печатью учреждения и подписью руководителя

Termen de păstrare – 5 ani
Срок хранения - 5 лет

Nr de ord. № п/п	Data, luna, anul înregistrării Число, месяц, год регистрации	Numele, prenumele Фамилия, имя, отчество	Număr de identificare (IDNP) Идентифика-ционный номер (IDNP)	Data naşterii Дата рождения	Adresa la domiciliu Адрес местожительства	Locul de muncă, funcţia examinatului Место работы, должность освидетельству-емого лица	Temeiul trimiterii la examinarea medicală Причина направления на медицинское освидетель-ствование	Organizaţia, numele şi prenumele, numărul legitimaţiei persoanei care-l însoţeşte, Учреждение, фамилия и имя, номер удостоверения сопровождающего лица,
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Data, luna, anul şi ora trimiterii la examinarea medicală Числе, месяц, год и время направления на медицинское освидетельствование	Data, luna, anul şi ora efectuării examinării medicale Числе, месяц, год и время проведения медицинского освидетельствования	Numele şi prenumele medicului (medicilor) care a efectuat examinarea medicală ФИО врача (врачей), который провел медицинское освидетельствование	Data, luna, anul şi ora prelevării probelor biologice Число, месяц, год и время отбора биологических проб	Rezultatele probelor biologice Результаты биологических проб	Concluzia examinării medicale Заключение медицинского освидетельствования	Semnătura persoanei care a primit procesul-verbal sau adresa şi data expedierii prin poştă Подпись лица, получившего протокол или адрес и дата отправления почтой
10	11	12	13	14	15	16