ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
______________ № _______

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _________________________________	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** _________________________________
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _________________________________	Форма первинної облікової документації **№ 081-3/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО**
Код за ЄДРПОУ |__|__|__|__|__|__|__|__|	Наказ МОЗ України |______|___|___|___|___|___| № |___|___|___|___|

ДОВІДКА

про захворювання дитини на тяжке перинатальне ураження нервової системи, тяжку вроджену ваду розвитку, рідкісне орфанне захворювання, онкологічне, онкогематологічне захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкий психічний розлад, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гостре або хронічне захворювання нирок IV ступеня, про те, що дитина отримала тяжку травму, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини ____
____

2. Дата народження |___|___|___|___|___|___|___|___|
(число, місяць, рік, для дітей до 1 року – день)

3. Місце проживання дитини____
____

4. Діагноз (назва захворювання зазначається за згодою дитини/законних представників дитини):

1). Захворювання, що є причиною інвалідності___________________________
____
Код за МКХ-10 |___|___|___|___|___|___|

2). Захворювання, що входить до переліку станів здоров'я, що дають право на отримання соціальної послуги з догляду
____
____
Код за МКХ-10 |___|___|___|___|___|___|

3). Супутні захворювання
|___|___|___|___|___|___|
|___|___|___|___|___|___|

5). Рекомендовано: догляд вдома, денний догляд, підтримане проживання, паліативний догляд вдома, паліативний/хоспісний догляд в умовах стаціонару, стаціонарний догляд, догляд на непрофесійній основі (підкреслити)

Голова ЛКК ________________________ ____________________
Члени комісії ________________________ ____________________
________________________ ____________________
________________________ ____________________
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Довідка дійсна протягом 12 місяців з часу видачі.
Довідка надається для: одержання допомоги особою, яка здійснює догляд за хворою дитиною, надання соціальних послуг (необхідне підкреслити).
Дата видачі |___|___|___|___|___|___|
(число, місяць, рік)
М.П.