[Приложение 4](file:///Z%3A%5C%5C%D0%93%D0%A1%D0%98%D0%9D%20%D0%9C%D0%AE%20%D0%94%D0%9D%D0%A0%5C%5C%D0%94%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B0%20%D0%A3%D0%98%D0%9A%5C%5C%D0%9F%D0%A0%D0%98%D0%9A%D0%90%D0%97%D0%AB%20%D0%9C%D0%AE%5C%5C%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B4%D0%BE%D0%BA%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%20%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%89%D0%B8%20%D0%B2%20%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D0%B8%5C%5C%D0%98%D0%A2%D0%9E%D0%93%5C%5C%D0%98%D1%82%D0%BE%D0%B3%2026.05%5C%5C%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B4%D0%BE%D0%BA%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D0%BC%20488-%D0%9E%D0%94.docx%22%20%5Cl%20%22sub_019)
к Порядку организации

оказания медицинской

помощи лицам,

отбывающим наказание

в виде лишения свободы (пункт 1.11)

Рекомендуемый образец

# Журналучета телесных повреждений, травм и отравлений

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Ф.И.О. осужденного | Дата рождения | Номер отряда (камеры)  | Дата и время получения телесных повреждений, травмыили отравления | Дата и время проведения осмотрамедицинским работником | Диагноз | Должность, Ф.И.О., подпись медицинского работника, выявившеготелесные повреждения, травмы или отравления | Должность, Ф.И.О., подпись сотрудника дежурной службы учреждения ГСИН МЮ ДНР, получившего заключение о наличии телесных повреждений, травм или отравления |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |