|  |
| --- |
| **пациент** |

↓

|  |
| --- |
| **Регистратура поликлиники или ФАП** |

↓ ↓

|  |
| --- |
| **К участковому терапевту** |

↓ ↓

|  |
| --- |
| **К фельдшеру ФАП** |

|  |
| --- |
| **I этап диспансеризации**  **Лабораторные исследвоания**  **ЭКГ**  **Флюорография, маммография**  **Смотровой кабинет или акушер-гинеколог для женщин** |

↓

|  |
| --- |
| **К участковому терапевту** |

↓

|  |
| --- |
| **1.** **Заключение**  **2. Получение паспорта здоровья**  **3. Направление на 2 этап диспансеризации с целью углубленного обследования** |