

**ПРИКАЗ**

«04» апреля 2017 г.

№ 263 / 7

г. Ижевск

**Об утверждении форм заключений о состоянии здоровья граждан для  
предоставления социальных услуг**

В соответствии с пунктом 28 Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг на территории Удмуртской Республики, утвержденного постановлением Правительства Удмуртской Республики от 22 декабря 2014 года № 540 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг на территории Удмуртской Республики», п р и к а з ы в а е м:

1. Утвердить прилагаемые:

форму заключения о состоянии здоровья несовершеннолетнего для предоставления социальных услуг;

форму заключения о состоянии здоровья несовершеннолетнего для предоставления социальных услуг (без предоставления социально-медицинских услуг);

форму заключения о состоянии здоровья гражданина для предоставления социальных услуг;

форму заключения о состоянии здоровья гражданина для предоставления социальных услуг (без предоставления социально-медицинских услуг).

2. Рекомендовать руководителям медицинских организаций использовать в своей работе формы заключений, предусмотренные пунктом 1 настоящего приказа.

3. Признать утратившим силу приказ Министерства социальной, семейной и демографической политики Удмуртской Республики и Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 12 февраля 2015 года № 71/89 «Об утверждении формы заключения медицинской организации о состоянии здоровья гражданина».

4. Опубликование настоящего приказа обеспечивает Министерство социальной, семейной и демографической политики Удмуртской Республики.

5. Настоящий приказ вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра социальной, семейной и демографической политики Удмуртской Республики Конькова К.В. и заместителей министра здравоохранения Удмуртской Республики Гузнищеву Л.А., Демину Т.Ю.

Министр социальной,  
семейной и демографической  
политики Удмуртской Республики

\_\_\_\_\_ О.А. Корепанова

Министр здравоохранения  
Удмуртской Республики

\_\_\_\_\_ А.Д. Чуршин

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства социальной, семейной и демографической политики Удмуртской Республики и Министерства здравоохранения Удмуртской Республики  
от «04» апреля 2017 г. № 263 / 7

форма

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**о состоянии здоровья несовершеннолетнего**  
**для предоставления социальных услуг**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации по месту наблюдения \_\_\_\_\_

Состоит на диспансерном учете (диагноз с какого времени, дата последнего обострения) \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

**Данные лабораторных исследований:**

Общий анализ мочи \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Общий анализ крови \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Анализ кала на яйца гельминтов \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Анализ кала на энтеробиоз \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Анализ крови на RW (с 12 лет) \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Флюорография (с 15 лет) \_\_\_\_\_

**Заключение педиатра:**

Рекомендовано прохождение курса реабилитации в реабилитационном центре (отделении) для детей и подростков с ограниченными возможностями.

Медицинские противопоказания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 № 216н, не выявлены/выявлены\* (нужное подчеркнуть).

**Рекомендации:** \_\_\_\_\_

Контакт с инфекциями: \_\_\_\_\_

Срок действия заключения: 10 дней с даты выдачи.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
дата выдачи заключения

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

М.П. медицинской организации

---

\* при наличии у несовершеннолетнего медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, дополнительно к настоящему заключению выдается заключение по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 № 216н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний».

---

УТВЕРЖДЕНА  
приказом Министерства социальной,  
семейной и демографической политики  
Удмуртской Республики и Министерства  
здравоохранения Удмуртской Республики  
от «04» апреля 2017 г. № 263 / 7

форма

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**о состоянии здоровья несовершеннолетнего**  
**для предоставления социальных услуг**  
**(без предоставления социально-медицинских услуг)**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации по месту наблюдения \_\_\_\_\_

**Данные лабораторных исследований:**

Анализ кала на яйца гельминтов \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Анализ кала на энтеробиоз \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

**Заключение педиатра:**

Рекомендовано прохождение курса реабилитации в реабилитационном  
отделении для детей и подростков с ограниченными возможностями

**Рекомендации:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Контакт с инфекциями: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Срок действия заключения: 10 дней с даты выдачи.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
дата выдачи заключения

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

М.П. медицинской организации  
\_\_\_\_\_

УТВЕРЖДЕНА  
приказом Министерства социальной, семейной и  
демографической политики Удмуртской  
Республики и Министерства здравоохранения  
Удмуртской Республики  
от «04» апреля 2017 г. № 263 / 7

форма

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**о состоянии здоровья гражданина**  
**для предоставления социальных услуг**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации по месту наблюдения \_\_\_\_\_

Основной диагноз (развернутый, функциональный) \_\_\_\_\_

Код основного диагноза по МКБ \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Код диагноза сопутствующего заболевания по МКБ \_\_\_\_\_

Результаты обследования: ФЛГ \_\_\_\_\_

анализ крови от \_\_\_\_\_ гемоглобин \_\_\_\_\_ лейкоциты \_\_\_\_\_ СОЭ \_\_\_\_\_

общий анализ мочи от \_\_\_\_\_

ЭКГ (заключение) от \_\_\_\_\_

Заключение гинеколога от \_\_\_\_\_

**Сведения об отсутствии или наличии противопоказаний:**

заболевания, в том числе инфекционные, в острой и подострой стадии

\_\_\_\_\_ хронические заболевания

в стадии обострения или декомпенсации \_\_\_\_\_

активная форма туберкулеза \_\_\_\_\_

хронический алкоголизм, наркомания \_\_\_\_\_

венерические заболевания \_\_\_\_\_

тяжелые (выраженные, значительно выраженные) психические расстройства

нарушения функции тазовых органов тяжелой степени \_\_\_\_\_

трофические нарушения, требующие перевязок и (или) хирургического  
лечения \_\_\_\_\_

неспособность к самообслуживанию и активному передвижению \_\_\_\_\_

**Заключение:**

Рекомендовано прохождение реабилитационного курса в социально-реабилитационном центре (социально-реабилитационном отделении) для граждан пожилого возраста и инвалидов.

Медицинские противопоказания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 № 216н, не выявлены/выявлены\* *(нужное подчеркнуть)*.

**Постоянная медикаментозная терапия** (название препарата, дозировка, кратность приема) \_\_\_\_\_

**Рекомендации** лечащего врача по плановому поддерживающему лечению в Центре \_\_\_\_\_

Срок действия заключения: 6 месяцев с даты выдачи.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
дата выдачи заключения

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

М.П. медицинской организации

\* при наличии у гражданина медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, дополнительно к настоящему заключению выдается заключение по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 № 216н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний».

УТВЕРЖДЕНА  
приказом Министерства социальной,  
семейной и демографической политики  
Удмуртской Республики и Министерства  
здравоохранения Удмуртской Республики  
от «04» апреля 2017 г. № 263 / 7

форма

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**о состоянии здоровья гражданина для предоставления социальных услуг  
(без предоставления социально-медицинских услуг)**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации по месту наблюдения \_\_\_\_\_

**Сведения об отсутствии или наличии противопоказаний:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Рекомендации:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Заключение:**

Рекомендовано прохождение реабилитационного курса в социально-реабилитационном отделении для граждан пожилого возраста и инвалидов.

Срок действия заключения: 6 месяцев с даты выдачи.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.  
дата выдачи заключения

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

М.П. медицинской организации

\_\_\_\_\_