

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 22 августа 2017 года N 1048

Об утверждении типовых форм заключений об отсутствии противопоказаний для получения социальных услуг в стационарной форме

(с изменениями на 10 января 2020 года)

(в ред. распоряжений Минздрава Удмуртской Республики [от 24.12.2018 N 1541](#), [от 10.01.2020 N 0002](#))

В соответствии [постановлением Правительства Удмуртской Республики от 22 декабря 2014 года N 540 "Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг на территории Удмуртской Республики"](#):

1. Утвердить:

1.1. Типовую форму заключения об отсутствии медицинских противопоказаний для получения социальных услуг в психоневрологическом интернате, доме-интернате для престарелых и инвалидов, детском доме-интернате для умственно отсталых детей в соответствии с приложением 1 к настоящему распоряжению;

1.2. Типовую форму заключения об отсутствии медицинских противопоказаний для получения социальных услуг в специальном доме для одиноких престарелых в соответствии с приложением 2 к настоящему распоряжению;

1.3. Типовую форму заключения об отсутствии медицинских противопоказаний для получения социальных услуг в стационарной форме несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации, в соответствии с приложением 3 к настоящему распоряжению;

1.4. Типовую форму заключения об отсутствии медицинских противопоказаний для получения социальных услуг в центре психолого-педагогической помощи населению в соответствии с приложением 4 к настоящему распоряжению.

(п. 1 в ред. распоряжения Минздрава Удмуртской Республики [от 24.12.2018 N 1541](#))

2. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Удмуртской Республики, подведомственных Министерству здравоохранения Удмуртской Республики, обеспечить выдачу заключений по формам, утвержденным настоящим распоряжением.

3. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заместителей министра здравоохранения Удмуртской Республики Демину Т.Ю., Гузницева Л.А.

И.о. министра
А.В.ВОЗДВИЖЕНСКИЙ

Приложение N 1. Заключение об отсутствии медицинских противопоказаний для получения социальных услуг в психоневрологическом интернате, доме-интернате для престарелых и инвалидов, детском доме-интернате для умственно отсталых детей (Типовая форма)

Приложение N 1
к распоряжению
Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 22 августа 2017 г. N 1048

(в ред. распоряжения Минздрава Удмуртской Республики от 10.01.2020 N 0002)

Типовая форма

(наименование медицинской организации)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ об отсутствии медицинских противопоказаний для получения социальных услуг в психоневрологическом интернате, доме-интернате для престарелых и инвалидов, детском доме-интернате для умственно отсталых детей <*>

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Число, месяц, год рождения _____

Домашний адрес _____

Заключение специалистов о состоянии здоровья (с указанием основного и сопутствующих диагнозов (шифра), заверенных подписью и печатью врачей, даты осмотра) :

Терапевт (педиатр) _____

Офтальмолог _____

Дерматовенеролог

(старше 12 лет) _____

Невролог

(при наличии показаний) _____

Акушер-гинеколог (старше 12 лет) _____

Психиатр _____

Данные флюорографического

исследования с датой осмотра (гражданам

старше 15 лет) _____

Данные реакции Манту

(гражданам моложе 15 лет) _____

Фтизиатр (при наличии

изменений на ФЛГ

или патологической реакции Манту) _____

Заключение врачебной комиссии:

(указать сведения об отсутствии медицинских противопоказаний и сведения о рекомендуемом типе стационарного учреждения (психоневрологический интернат, дом-интернат для престарелых и инвалидов, детский дом-интернат для умственно отсталых детей))

Срок действия заключения: 6 месяцев с даты выдачи.

" ____ " _____ г.

дата выдачи заключения

Председатель врачебной комиссии _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П. медицинской организации

Члены врачебной комиссии:

_____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

_____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

_____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

<*> При наличии у гражданина медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых ему может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, выдается заключение по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 N 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".

Приложение N 2. Заключение об отсутствии медицинских противопоказаний для получения социальных услуг в специальном доме для одиноких престарелых (Типовая форма)

(наименование медицинской организации)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

об отсутствии медицинских противопоказаний для получения
социальных услуг в специальном доме
для одиноких престарелых <*>

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Число, месяц, год рождения _____

Домашний адрес _____

Закключение специалистов о состоянии здоровья (с указанием основного и
сопутствующих диагнозов (шрифта), заверенных подписью и печатью врачей,
даты осмотра) :

Фтизиатр (только при наличии изменений на ФЛГ) _____

Данные флюорографического
исследования с датой осмотра _____

Гинеколог (уролог/хирург
при отсутствии уролога) _____

Психиатр _____

Терапевт (выписка из медицинской карты) _____

Выписка из сертификата о профилактических прививках _____

Заключение врачебной комиссии: _____

(указать сведения об отсутствии медицинских противопоказаний)

"__" _____ 20__ г. Подпись врача _____ / _____

дата выдачи заключения

подпись расшифровка подписи

М.П. медицинской организации

<*> При наличии у гражданина медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых ему может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, выдается заключение по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской

Федерации от 29.04.2015 N 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".

Приложение 3. Заключение об отсутствии медицинских противопоказаний для получения социальных услуг в стационарной форме несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации (Типовая форма)

Приложение 3
к распоряжению
Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 22 августа 2017 г. N 1048

(в ред. распоряжения Минздрава Удмуртской Республики [от 24.12.2018 N 1541](#))

Типовая форма

(наименование медицинской организации)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

об отсутствии медицинских противопоказаний для получения
социальных услуг в стационарной форме несовершеннолетним,
находящимся в трудной жизненной ситуации <*>

Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

Число, месяц, год рождения: _____

Домашний адрес: _____

Состоит на диспансерном учете (с какого времени, дата последнего обострения): _____

Сопутствующие заболевания: _____

Перенесенные инфекционные заболевания (корь, коклюш, скарлатина, ветряная оспа, краснуха, гепатит, эпидпаротит): _____

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ мочи: _____, дата _____

Общий анализ крови: _____, дата _____

Анализ кала на яйца гельминтов: _____, дата _____

Анализ кала на энтеробиоз: _____, дата _____

Серологическое обследование на носительство HBs, Ag, HCV, сифилис (RW) (для лиц старше 12 лет), ВИЧ: _____

Реакция Манту (до 15 лет): _____

Флюорография (с 15 лет): _____

Данные о профилактических прививках (форма N 063/у (карта профилактических прививок)

Заключение специалистов:

1. Дерматовенеролог (по показаниям) _____

2. Гинеколог (старше 12 лет) _____

3. Психиатр (по показаниям) _____

4. Окулист (по показаниям) _____

5. Невропатолог (по показаниям) _____

6. Нарколог (по показаниям) _____

7. Заключение педиатра о группе здоровья _____

8. Медицинская (амбулаторная) карта или выписка (при наличии).

Медицинские противопоказания, утвержденные приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 N 216н, не
выявлены/выявлены <*> (нужное подчеркнуть).

Рекомендации: _____

Контакт с инфекциями: _____

Срок действия заключения: 10 дней с даты выдачи

"__" _____ 20__ г. Подпись врача / _____ / _____ /

дата выдачи заключения

расшифровка подписи

МП 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 N 216н "Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, 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".

**Приложение 4. Заключение об отсутствии
медицинских противопоказаний для
получения социальных услуг в центре
психолого-педагогической помощи**

населению (Типовая форма)

Приложение 4
к распоряжению
Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от 22 августа 2017 г. N 1048

(введено распоряжением Минздрава Удмуртской Республики [от 24.12.2018 N 1541](#))

Типовая форма

(наименование медицинской организации)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

об отсутствии медицинских противопоказаний для получения
социальных услуг в центре психолого-педагогической помощи
населению <*>

Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

Число, месяц, год рождения: _____

Домашний адрес: _____

Данные лабораторных исследований:

Анализ кала на яйца гельминтов (для несовершеннолетних): _____, дата _____

Анализ крови на ВИЧ-инфекцию: _____, дата _____

Флюорография (с 15 лет): _____

Заключение гинеколога/уролога (с 15 лет): _____

Заключение дерматолога: _____

Заключение терапевта/педиатра: _____

(указать сведения об отсутствии медицинских противопоказаний)

Рекомендации: _____

Срок действия: 10 дней с даты выдачи

Дата " __ " _____ 20__ г. Подпись врача / _____ / _____ /
расшифровка подписи

МП

<*> При наличии у гражданина медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых ему может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, выдается заключение по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 N 216н "Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, 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".