

Министерство социальной,
семейной и демографической
политики Удмуртской
Республики

Министерство здравоохранения
Удмуртской Республики

ПРИКАЗ

«12» февраля 2015 г.

№ 71/89

г. Ижевск

Об утверждении формы заключения медицинской организации о
состоянии здоровья гражданина

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 формы заключения о состоянии здоровья гражданина согласно приложениям 1 и 2 к настоящему приказу.
2. Рекомендовать руководителям медицинских организаций использовать формы заключения о состоянии здоровья гражданина, предусмотренные пунктом 1 настоящего приказа в своей работе.
3. Опубликование настоящего приказа обеспечивает Министерство социальной, семейной и демографической политики Удмуртской Республики.
4. Настоящий приказ вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2015 года.
5. 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

Приложение 1 к приказу Министерства
социальной, семейной и демографической
политики Удмуртской Республики и
Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от «12» февраля 2015г. № 71/89

форма

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о состоянии здоровья несовершеннолетнего

Фамилия, имя, отчество _____

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 (нужное подчеркнуть):

нуждается в обслуживании в реабилитационном центре (отделении) для детей и подростков с ограниченными возможностями

не может обслуживаться в реабилитационном центре (отделении) для детей и подростков с ограниченными возможностями _____

Рекомендации: _____

Контакт с инфекциями: _____

«__» _____ 20__ г.
дата выдачи заключения

Подпись врача _____ / _____ /
расшифровка подписи

М.П. медицинской организации

Приложение 2 к приказу Министерства
социальной, семейной и демографической
политики Удмуртской Республики и
Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от «12» февраля 2015г. № 71/89

форма

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о состоянии здоровья гражданина

Фамилия, имя, отчество _____

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 (нужное подчеркнуть):

нуждается в обслуживании в социально-реабилитационном центре (отделении социально-реабилитационного обслуживания) для граждан пожилого возраста и инвалидов
не может обслуживаться в социально-реабилитационном центре (отделении социально-реабилитационного обслуживания) для граждан пожилого возраста и инвалидов.

Постоянная медикаментозная терапия (название препарата, дозировка, кратность приема)

Рекомендации лечащего врача по плановому поддерживающему лечению в Центре

«__» _____ 20__ г.

дата выдачи заключения

М.П. медицинской организации

Подпись врача _____ / _____ /

расшифровка подписи