

ПРИКАЗ

«26» августа 2024

№ 128/18

г. Ижевск

Об утверждении форм заключений медицинской организации 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», приказываем:

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 4 апреля 2017 года № 263/7 «Об утверждении форм заключений о состоянии здоровья граждан для предоставления социальных услуг».

4. Опубликование настоящего приказа обеспечивает Министерство социальной политики и труда Удмуртской Республики.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра социальной политики и труда Удмуртской Республики Чернова А.А. и заместителя министра здравоохранения Удмуртской Республики Соколову Н.В.

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

Заместитель Председателя
Правительства Удмуртской
Республики - министр социальной
политики и труда Удмуртской
Республики

О.В. Лубнина



Исполняющий обязанности
министра здравоохранения
Удмуртской Республики



А.Р. Ишниязова

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства социальной
политики и труда Удмуртской Республики
и Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от «26» августа 2024 года № 128/18

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 2 мая 2023 года № 202н, 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 2 мая 2023 года № 202н «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 форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний».

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства социальной
политики и труда Удмуртской Республики
и Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от «26» августа 2024 года № 128/8

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
политики и труда Удмуртской Республики
и Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от «26» августа 2024 года № 128/18

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

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства социальной
политики и труда Удмуртской Республики
и Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики
от «26» августа 2024 года № 128/18

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
