



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
(Минздрав Удмуртии)

**РАСПОРЯЖЕНИЕ**

22.08.2017

№ 1048

г. Ижевск

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

В соответствии постановлением Правительства Удмуртской Республики от 22 декабря 2014 года № 540 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг на территории Удмуртской Республики»:

1. Утвердить прилагаемые:

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 противопоказаний для получения социальных услуг в стационарной форме несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации в соответствии с приложением 3 к настоящему распоряжению.

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., Гузнищеву Л.А.

И.о.министра  
008976 \*

 А.В.Воздвиженский

Приложение 1 к распоряжению Министерства  
здравоохранения Удмуртской Республики  
от «22» 08 2017 г. № 1048

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) \_\_\_\_\_

Хирург \_\_\_\_\_

Окулист \_\_\_\_\_

Дерматовенеролог \_\_\_\_\_

(старше 12 лет) \_\_\_\_\_

Невролог (при \_\_\_\_\_

наличии показаний) \_\_\_\_\_

Акушер-гинеколог \_\_\_\_\_

(старше 12 лет) \_\_\_\_\_

Уролог (хирург при \_\_\_\_\_

отсутствии уролога для \_\_\_\_\_

мужчин) \_\_\_\_\_

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 № 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 2 к распоряжению Министерства  
здравоохранения Удмуртской Республики  
от «22» 08 2017 г. № 1048

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 \_\_\_\_\_

**Заключение 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.  
дата выдачи заключения

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
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 № 216 н «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 к распоряжению Министерства  
здравоохранения Удмуртской Республики  
от «22» 08 2017 г. № 1048

Типовая форма

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**об отсутствии 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 (диагноз 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 \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Реакция Манту (до 15 лет) \_\_\_\_\_

Флюорография (с 15 лет) \_\_\_\_\_

**Данные о профилактических прививках** (Форма № 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 № 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».