



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
(Депздрав Югры)**

П Р И К А З

**Об утверждении образцов справок и медицинских заключений
о состоянии здоровья граждан, нуждающихся в предоставлении
социальных услуг**

от 26 сентября 2023 года
Ханты-Мансийск

№ 1422

В соответствии с Федеральными законами от 21 ноября 2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 сентября 2020 года № 972 «Об утверждении порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений», 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», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить образцы справок и медицинских заключений о состоянии здоровья граждан, нуждающихся в предоставлении социальных услуг (далее – справки и медицинские заключения) (приложение).

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, обеспечить:

2.1. Выдачу справок и медицинских заключений гражданину, нуждающемуся в предоставлении социальных услуг, на бумажном носителе при его личном обращении за получением указанных документов

в медицинскую организацию при предъявлении документа, удостоверяющего личность, или его законному представителю при предъявлении документа, удостоверяющего личность законного представителя, а также документа, подтверждающего полномочия законного представителя.

2.2. Взаимодействие с учреждениями социального обслуживания в целях реализации прав граждан на получение социальных услуг.

3. Руководителю бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр» в срок до 31 декабря 2024 года обеспечить возможность реализации справок и медицинских заключений в электронной форме в рамках создания единой медицинской информационной системы.

4. Признать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 20 июня 2023 года № 969 «Об утверждении перечня медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, уполномоченных на выдачу заключения о наличии (об отсутствии) 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».

5. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры М.В. Малхасьяна.

Исполняющий обязанности
директора Департамента



Е.В. Касьянова

Приложение к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 26 сентября 2023 года № 1422

Бланк 1

Справка

о состоянии здоровья гражданина, нуждающегося в услугах по уходу
№ _____ от «___» _____ 20__ г.

Наименование медицинской организации, выдавшей справку

выдана _____
(фамилия, имя, отчество, год рождения)
адрес места жительства

подтверждает

наличие / отсутствие (нужное подчеркнуть)
прогрессирующего заболевания в терминальной стадии развития (____),
указать код заболевания

наличие / отсутствие (нужное подчеркнуть)
полного либо частичного паралича после инсульта,

наличие / отсутствие (нужное подчеркнуть)
медицинских противопоказаний для получения услуг по уходу
(активные формы туберкулеза, карантинные инфекционные заболевания, заразные
заболевания кожи, ногтей и волос, венерические заболевания, тяжелые психические
расстройства, представляющие непосредственную опасность для гражданина или
окружающих и требующие лечения в специализированных учреждениях
здравоохранения),

нуждаемость / отсутствие в постоянном постороннем уходе
(нужное подчеркнуть)

Медицинские рекомендации по уходу, рекомендуемое количество часов ухода в сутки

Председатель врачебной комиссии

(фамилия, имя, отчество) (подпись) (дата)

М.П.

Справка
о состоянии здоровья пожилого гражданина/ инвалида/ помощника
и совместно проживающих членов их семей
для организации приемной семьи для пожилого гражданина, инвалида
№ ____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Наименование медицинской организации, выдавшей справку

выдана _____
(фамилия, имя, отчество, год рождения)

адрес места жительства _____

Категория гражданина _____
нужное указать (пожилой гражданин, инвалид, помощник, член семьи
пожилого гражданина, член семьи инвалида, член семьи помощника)

Результат флюорографии _____

подтверждает

в контакте с инфекционными больными в течение месяца
состоял / не состоял (нужное подчеркнуть)

заразные заболевания кожи, волос, ногтей имеет / не имеет
подчеркнуть) (нужное

наличие / отсутствие (нужное подчеркнуть – заполняется для всех категорий
граждан)
медицинских противопоказаний для организации приемной семьи (активные формы
туберкулеза, венерические, карантинные инфекционные заболевания)

наличие / отсутствие (нужное подчеркнуть – заполняется для членов семьи
помощника)
медицинских противопоказаний у совместно проживающего члена семьи помощника
для организации приемной семьи (хронический алкоголизм, наркомания, тяжелое
психическое расстройство, обуславливающее его непосредственную опасность для
окружающих)

Врач _____
(должность)

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П.

Медицинское заключение

о состоянии здоровья пожилого гражданина для постановки на учет в качестве нуждающегося в жилом помещении в домах системы социального обслуживания населения специализированного жилищного фонда Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (социальные квартиры, специальные дома для одиноких престарелых)

№ _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Наименование _____ медицинской _____ организации, _____ выдавшей _____ справку

выдана _____

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

адрес места жительства _____

Способность к передвижению _____

передвигается самостоятельно, с посторонней помощью, с помощью ТСР, на постельном режиме

Способность к самообслуживанию _____

не ограничена, частично ограничена, нуждается в постоянном постороннем уходе

	Основной диагноз, сопутствующий диагноз (с указанием кода заболевания)
Терапевт	
Фтизиатр	
Результат флюорографии (Р-графии), наличие флюоротеки	
Невролог	
Офтальмолог	
Дерматовенеролог	
Онколог	
Нарколог	
Психиатр	
Результаты анализов крови:	на ВИЧ
(с указанием номера и даты)	на HbS Ag
	на HCV
	на RW

Оборотная сторона

Заключение врачебной комиссии

Диагноз (с указанием кодов заболеваний):

нуждаемость в постоянном постороннем уходе имеется/ отсутствует,
(нужное подчеркнуть)

медицинские противопоказания для самостоятельного проживания в жилых помещениях в домах системы социального обслуживания специализированного жилищного фонда автономного округа (заболевания, представляющие опасность для окружающих (включая психические, венерические заболевания, туберкулез) либо требующие лечения в специализированных медицинских организациях, а также хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания) имеются/ отсутствуют
(нужное подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

(дата)

М.П.

Медицинское заключение
о состоянии здоровья пожилого гражданина (инвалида)
для оказания социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания
№ _____ от « _____ » _____ 20____ г.

Наименование _____ медицинской _____ организации, _____ выдавшей _____ справку

выдана _____

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

адрес места жительства _____

Способность к передвижению _____
передвигается самостоятельно, с посторонней помощью, с помощью ТСР, на
постельном режиме

Способность к самообслуживанию _____
не ограничена, частично ограничена,
утрачена полностью

	Основной диагноз, сопутствующий диагноз (с указанием кода заболевания)
Терапевт	
Фтизиатр	
Результат флюорографии (Р- графии), наличие флюоротеки	
Хирург	
Невролог	
Офтальмолог	
Дерматовенеролог	
Гинеколог (для женщин)	
Онколог	
Нарколог	
Психиатр	
Результаты анализов крови:	на ВИЧ
(с указанием номера и даты)	на HbS Ag
	на HCV
	на RW
Результаты анализов на дифтерию	
Результаты анализов на яйца	

гельминтов	
Результаты анализов на группу возбудителей кишечных инфекций	

Оборотная сторона

Заключение врачебной комиссии

Диагноз (с указанием кодов заболеваний):

нуждаемость в постоянной посторонней помощи имеется/ отсутствует,
(нужное подчеркнуть)

рекомендуется нахождение в стационарной организации социального обслуживания
_____ типа.
(общего, психоневрологического)

Основания для постановки перед судом о признании гражданина недееспособным (для лиц, страдающих психическими расстройствами) имеются/ отсутствуют.
(нужное подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии

_____ (фамилия, имя, отчество) _____ (подпись) _____ (дата)

М.П.

Справка
о состоянии здоровья гражданина
для оказания социальных услуг в форме социального обслуживания на дому

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Наименование _____ медицинской _____ организации, _____ выдавшей _____ справку,

выдана _____

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

адрес места жительства _____

подтверждает _____

способность к самообслуживанию _____,
не ограничена, частично ограничена,
утрачена полностью

в связи с наличием заболеваний (указать коды заболеваний) _____

оценка по шкале реабилитационной маршрутизации _____ балла(ов).

Нуждаемость в посторонней помощи на дому имеется/ отсутствует.
(нужное подчеркнуть)

Нуждаемость в медико-социальном сопровождении имеется/ отсутствует
(нужное подчеркнуть)

(содействие в установлении инвалидности, изменении группы инвалидности, внесении изменений в ИПРА, в том числе в части обеспечения ТСР)

Медицинские рекомендации по уходу, рекомендуемое количество часов ухода _____

Врач _____
(должность)

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П.

Справка
о состоянии здоровья гражданина для оказания социальных услуг в полустационарной
форме социального обслуживания

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Наименование _____ медицинской _____ организации, _____ выдавшей _____ справку

выдана _____

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

адрес места жительства _____

подтверждает _____

способность к самообслуживанию _____,

не ограничена, частично ограничена, утрачена

полностью

в связи с наличием заболеваний (указать коды заболеваний) _____

Медицинские рекомендации (при наличии указать)

Врач _____

(должность)

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П.

Заключение

уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) 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

1. Выдано _____

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в форме социального обслуживания на дому/в полустационарной форме/в стационарной форме (*необходимое подчеркнуть*), куда представляется заключение

3. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
(гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

7. Заключение:

Выявлено (*нужное подчеркнуть*):

а) наличие (отсутствие) 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;

б) наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме;

в) наличие (отсутствие) 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.

Председатель врачебной комиссии:

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

(дата)

М.П.
(при наличии)