



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Свердловской области)
ПРИКАЗ

15.04.2022

№ 807-17

г. Екатеринбург

**Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан
и лиц без гражданства в медицинских организациях Свердловской области**

В целях реализации Федерального закона от 1 июля 2021 года № 274-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и Федеральный закон «О государственной дактилоскопической регистрации в Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 551 «О порядке принятия, приостановления и отмене решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина и лица без гражданства в Российской Федерации, принятого в связи с наличием обстоятельств, создающих угрозу здоровью населения», постановления Правительства Свердловской области от 15.09.2008 № 980-ПП «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области», приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.11.2021 № 1060н «Об утверждении требований к сертификату об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства, прибывающими в Российскую Федерацию, формы, описания бланка и срока действия указанного сертификата», от 19.11.2021 № 1079н «Об утверждении Порядка проведения медицинского освидетельствования, включая проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме иностранного гражданина или лица без гражданства наркотических средств или психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, на наличие или отсутствие у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), формы бланка и срока действия медицинского заключения об отсутствии факта употребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ, а также формы, описания бланка и срока действия медицинского заключения о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (далее – приказ от 19.11.2021 № 1079н)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1) состав рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю исполнения мероприятий по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства (приложение № 1);
 - 2) положение о деятельности рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю исполнения мероприятий по организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (приложение № 2);
 - 3) положение об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (приложение № 3);
 - 4) перечень форм медицинских документов, необходимых для организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в ответственных организациях Свердловской области (приложение № 4).

2. Руководителям ответственных медицинских организаций, утвержденных постановлением Правительства Свердловской области от 15.09.2008 № 980-ПП «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области» обеспечить:

1) проведение медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в соответствии с подпунктом 3 пункта 1 настоящего приказа;

2) ведение медицинской документации согласно установленных форм, соблюдение требований к оформлению и порядку выдачи медицинских документов по результатам медицинского освидетельствования иностранным гражданам и лицам без гражданства (приложение № 4 к настоящему приказу);

3) заполнение и направление в Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области:

в оперативном режиме пакета документов, необходимых для подготовки решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации в соответствии с разделом VIII приложения № 3 к настоящему приказу;

ежемесячного отчёта в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области о количестве иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и количестве случаев инфекционных заболеваний и подозрений на инфекционные заболевания, выявленных среди них в соответствии с пунктом 13 приложения № 4 к настоящему приказу;

4) предоставление в ежедневном режиме в ГАУ СО «Центр цифровой трансформации здравоохранения» по электронной почте с использованием защищённого канала списка иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и получивших медицинские документы в ответственной медицинской организации (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 12);

5) издание по медицинской организации приказа о медицинском освидетельствовании иностранных граждан и лиц без гражданства, предусмотрев в нем создание медицинской комиссии, назначение заместителя руководителя и других ответственных лиц за выполнение требований по выявлению случаев инфекционных заболеваний и наркологических заболеваний; внесение в должностные инструкции соответствующих изменений и дополнений;

6) в ежемесячном режиме проводить анализ работы учреждения по организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства;

7) ежеквартально к 5 числу следующего месяца отчетного периода предоставлять в специализированные медицинские организации ГАУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД», ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер», ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер» отчёты по результатам медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 18).

3. Начальнику отдела организации первичной медицинской помощи Министерства здравоохранения Свердловской области И.И. Петрунину обеспечить:

оказание организационно-методической помощи ответственным медицинским организациям, контроль их работы по проведению медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства;

анализ результатов медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в ответственных медицинских организациях согласно требованиям приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н.

4. Главному врачу ГАУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» А.С. Подымовой:

1) еженедельно (в пятницу) представлять в ответственные медицинские организации пофамильные списки иностранных граждан и лиц без гражданства, которые были направлены на

дообследование в связи с выявлением или подозрением на ВИЧ-инфекцию для верификации диагноза ВИЧ-инфекции (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 14);

2) в ежеквартальном режиме проводить анализ отчётов ответственных медицинских организаций по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства и выявлению ВИЧ-инфекции (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 18);

3) направлять в отдел организации первичной медицинской помощи Министерства здравоохранения Свердловской области ежеквартально (до 5 числа следующего месяца) сводную информацию от руководителей ответственных медицинских организаций по результатам медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства на наличие ВИЧ-инфекции (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 18);

4) в целях своевременной организации противоэпидемических мероприятий направлять экстренное извещение о каждом случае инфекционного заболевания, носительства возбудителей инфекционного заболевания или подозрения на инфекционное заболевание у иностранных граждан и лиц без гражданства в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» и его территориальные филиалы в установленном порядке;

5) обеспечить проведение в соответствии с требованиями санитарного законодательства комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий в случае выявления (подозрения) в ходе медицинского освидетельствования у иностранного гражданина или лица без гражданства ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний.

5. Главному врачу ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер» И.И. Лихачёвой, главному врачу ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» Н.Л. Струину:

1) создать на базе вверенных медицинских организаций комиссии по организации дообследования и принятия решения о возможности и целесообразности проведения лечения (при выявлении инфекций, передающихся преимущественно половым путем, туберкулеза) у иностранных граждан или лиц без гражданства;

2) обеспечить организацию дообследования и, в случае необходимости, проведение лечения с оформлением соответствующих документов на иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых в ходе медицинского освидетельствования в ответственных медицинских организациях выявлено подозрение на инфекционные заболевания (туберкулез, сифилис, лепра);

3) обеспечить направление копии протокола комиссии о принятии решения о возможности и целесообразности проведения лечения иностранных граждан или лиц без гражданства в случае выявления инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области и отдел организации первичной медицинской помощи Министерства здравоохранения Свердловской области;

4) еженедельно (в пятницу) представлять в ответственные медицинские организации по фамильные списки иностранных граждан и лиц без гражданства, которые были направлены на дообследование в связи с выявлением или подозрением на инфекционные заболевания (туберкулез, сифилис, лепра) (приложение № 4 настоящему приказу, пункт 14);

5) в ежеквартальном режиме проводить анализ отчётов ответственных медицинских организаций по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства и выявлению инфекционных заболеваний (туберкулез, сифилис, лепра) (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 18);

6) направлять ежеквартально (до 5 числа следующего месяца) сводную информацию по Свердловской области в отдел организации первичной медицинской помощи Министерства здравоохранения Свердловской области по результатам медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в ответственных медицинских организациях на наличие туберкулеза, сифилиса, лепры;

7) в целях своевременной организации противоэпидемических мероприятий направлять экстренное извещение о каждом случае инфекционного заболевания, носительства возбудителей инфекционного заболевания или подозрения на инфекционное заболевание у иностранных

граждан и лиц без гражданства в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» и его территориальные филиалы в установленном порядке;

8) проводить в соответствии с требованиями санитарного законодательства комплекс противозидемических и профилактических мероприятий в случае выявления в ходе медицинского освидетельствования у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний (туберкулез, сифилис, лепра).

6. Главному врачу ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница» А.В. Поддубному:

1) обеспечить проведение подтверждающих химико-токсикологических исследований, направленных на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов и передачу результатов химико-токсикологических исследований в медицинскую организацию, направившую в химико-токсикологическую лабораторию образец биологического объекта (мочи);

2) в ежемесячном режиме проводить анализ работы по выявлению у иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых в ходе медицинского освидетельствования в медицинских организациях выявлено наркологическое заболевание (подозрение) и направление ежеквартально (до 5 числа следующего месяца) сводной информации по Свердловской области в отдел организации первичной медицинской помощи Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю исполнения мероприятий по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства.

7. Рекомендовать ГАУ СО «Центр цифровой трансформации здравоохранения»:

1) обеспечить в электронном формате ежедневный прием и свод информации ответственных медицинских организаций об иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и получивших медицинские документы в ответственной медицинской организации (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 12);

2) обеспечить ежедневное направление в Управление по вопросам миграции ГУ МВД России по Свердловской области по защищенному каналу связи сводной информации ответственных медицинских организаций об иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 12);

3) к 10 числу месяца, следующего за отчетным месяцем информировать отдел организации первичной медицинской помощи Министерства здравоохранения Свердловской области:

о количестве иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование, а также сведений о выявленных инфекционных заболеваниях, представляющих опасность для окружающих (в разрезе ответственных медицинских организаций и в целом по Свердловской области) (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 17);

об ответственных медицинских организациях, не представивших в установленные сроки сведения об иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и выданных ответственными медицинскими организациями медицинских заключений (нарастающим итогом) по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного приложением №1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н;

4) обеспечить ведение диапазона номеров, выделенных ответственным медицинским организациям по их заявкам для заказа изготовления защищенных бланков со сквозной нумерацией формы № 001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

8. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.12.2015 № 2423-п «Об организации системы медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в медицинских организациях Свердловской области» («Официальный интернет-портал правовой информации Свердловской области»

(www.pravo.gov66.ru), 2016, 15 апреля, № 7784) с изменениями внесенными приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 08.04.2016 № 527-п.

9. Настоящий приказ опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru), копию настоящего приказа направить в 7-и дневный срок в Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области.

10. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Е.В. Ютяеву.

Министр



А.А. Карлов

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области от 15.04.2022 № 807-17

**Состав
рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области
по контролю исполнения мероприятий по организации медицинского
освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства**

Ютяева Е.В. – Заместитель Министра здравоохранения Свердловской области, председатель рабочей группы;

Петрунин И.И. – начальник отдела организации первичной медицинской помощи Министерства здравоохранения Свердловской области, заместитель председателя рабочей группы;

Вырупаев В.Л. – ведущий специалист отдела организации первичной медицинской помощи Министерства здравоохранения Свердловской области, секретарь рабочей группы;

Поддубный А.В. - главный врач ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница»;

Федотова Г.А. – заместитель главного врача по лечебной части ГАУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД»;

Струин Н.Л. – главный врач ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер»;

Сырнева Т.А. – главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Свердловской области, доктор медицинских наук, профессор;

Бревнов А.А.- и.о. заместителя главного врача ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер» по организационно-методической работе;

Перминова С.А. - начальник отдела надзора на транспорте и санитарной охраны территории Управления Роспотребнадзора по Свердловской области (по согласованию).

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области от 18.04.2022 № 807-11

Положение
о деятельности рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области по
контролю исполнения мероприятий по организации медицинского освидетельствования
иностранных граждан и лиц без гражданства

1. Деятельность рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю исполнения мероприятий по организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (далее – рабочая группа) осуществляется в соответствии с действующим законодательством и настоящим Положением.

2. Рабочая группа осуществляет:

1) организационно-методическое руководство по организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства на территории Свердловской области;

2) контроль за проведением медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в ответственных медицинских организациях, осуществляющих данную процедуру;

3) анализ представляемой информации

ГАУ СО «Центр цифровой трансформации здравоохранения» (ежемесячно),

ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер» (ежеквартально),

ГАУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» (ежеквартально),

ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница» (ежеквартально)

по результатам медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в ответственных медицинских организациях;

4) разбор спорных и сложных случаев, возникающих при проведении медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе рассмотрение вопросов о прерывании курса лечения иностранными гражданами, отказа от лечения на территории Свердловской области и выезда в страну проживания с целью проведения лечения, рассмотрение жалоб, обращений, поступающих в Министерство здравоохранения Свердловской области.

3. Решения рабочей группы принимаются большинством голосов, оформляются протоколом, который подписывается председателем и секретарем.

4. Заседание рабочей группы считается правомочным, если на нем присутствует более половины членов рабочей группы.

5. Заседания рабочей группы проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в 3 месяца.

**Положение
об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан
и лиц без гражданства**

1. Общие положения

1. Медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства (далее – медицинское освидетельствование) осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством Свердловской области, правовыми актами Министерства здравоохранения Свердловской области, при наличии лицензии на осуществление данной медицинской услуги в ответственных медицинских организациях.

Медицинское освидетельствование не проводится:

- 1) гражданам Республики Беларусь;
- 2) должностным лицам международных (межгосударственных, межправительственных) организаций, въехавшим в Российскую Федерацию в связи с исполнением служебных обязанностей, и являющихся сотрудниками представительств международных (межгосударственных, межправительственных) организаций на территории Российской Федерации или сотрудниками представительств и должностными лицами иных организаций, которым в соответствии с международными договорами Российской Федерации предоставлен статус, аналогичный статусу международных (межгосударственных, межправительственных) организаций, а также членам семей указанных лиц;
- 3) лицам, не достигшим возраста 6 лет.

2. Медицинское освидетельствование, включая проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме иностранного гражданина или лица без гражданства наркотических средств или психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов (далее - химико-токсикологическое исследование), на подтверждение наличия или отсутствия у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих (далее соответственно - медицинское освидетельствование, инфекционные заболевания), проводится в медицинской организации либо иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, независимо от организационно-правовой формы при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации (далее - медицинская организация), за исключением случаев прохождения медицинского освидетельствования в целях получения документов, указанных в подпункте 5 пункта 2 статьи 13.3 Федерального закона от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 115-ФЗ).

Сертификат об отсутствии у иностранного гражданина или лица без гражданства заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) (далее - сертификат), оформляется ответственной медицинской организацией государственной системы здравоохранения.

Для проведения медицинского освидетельствования иностранные граждане и лица без гражданства имеют право обратиться в ответственную медицинскую организацию, предусмотренную перечнем медицинских организаций, уполномоченных на заключение

с иностранным гражданином или лицом без гражданства договора на оказание ему платных медицинских услуг, необходимого для получения медицинских заключений, подтверждающих отсутствие у данного иностранного гражданина заболевания наркоманией и инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих, а также сертификата об отсутствии у данного иностранного гражданина заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека.

Медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства проводится за счет личных средств иностранных граждан и лиц без гражданства или за счет средств работодателя (по договору).

3. Приказом руководителя ответственной медицинской организации определяется состав врачей и средних медицинских работников, участвующих в проведении медицинского освидетельствования, а также уполномоченное лицо, которому поручено после внесения всех заключений специалистов (врача-фтизиатра, врача-дерматовенеролога, врача-инфекциониста) подписывать и заверять печатью форму № 001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

4. Все этапы прохождения медицинского освидетельствования, в том числе осмотр специалистов, забор крови и мочи для лабораторных исследований, флюорографическое, рентгенологическое обследование или компьютерная томография, должны осуществляться только при наличии у освидетельствуемого лица документа, удостоверяющего личность, переведенного на русский язык и заверенного нотариально.

5. Медицинское освидетельствование проводится при наличии информированного добровольного согласия иностранного гражданина или лица без гражданства (их законных представителей), данного с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», согласия на обработку персональных данных (приложение № 4 к настоящему приказу, пункты 1 и 2).

6. В подразделениях ответственных медицинских организаций, где проводится медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства для выявления инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа им в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание или вида на жительство, или разрешения на работу (патента) в Российской Федерации должны быть оборудованы стенды с наглядными материалами, а также находится памятки на русском и иностранных языках.

В размещенных информационных материалах для иностранных граждан в доходчивой форме должны быть изложены вопросы клиники и профилактики ВИЧ-инфекции (до и после тестовое консультирование), венерических заболеваний, лепры, туберкулеза, наркомании, а также последствия отказа или уклонения, нарушения порядка лечения или иной невозможности лечения в случаях выявления у них в результате медицинского освидетельствования инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

II. Требования к изданию, оформлению и сохранению медицинских документов, заполняемых при проведении медицинского освидетельствования

7. В ответственных медицинских организациях установленные формы медицинских документов заполняются на каждого иностранного гражданина и лица без гражданства с использованием программного средства (ПС) по учету медицинских освидетельствований иностранных граждан и лиц без гражданства, в объеме сведений, необходимых для проведения процедуры медицинского освидетельствования, оформления справок, заключений и формирования пакета документов в случае выявления у лица, проходящего медицинское

освидетельствование, инфекционного заболевания, могущего повлечь за собой принятие решения о нежелательности пребывания на территории Российской Федерации.

Кроме того, необходимо на каждого иностранного гражданина и лицо без гражданства формирование копий на бумажном носителе установленного состава документов, распечатанного из программного модуля по результатам медицинских освидетельствований.

8. Срок хранения полного пакета документов (в электронном и бумажном вариантах) о результатах медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства:

форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

сертификат об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции);

форма № 001-ИЗ:

«Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих»;

«Медицинское заключение об отсутствии факта употребления иностранным гражданином и лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов»;

решение руководителя ответственной медицинской организации о направлении на дообследование по случаю выявления инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и предусмотренных перечнем, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н составляет 5 лет.

9. Формы бланка медицинского заключения об отсутствии факта употребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, и бланка медицинского заключения о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, должны соответствовать приложениями № 2 и № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н.

Бланк «Сертификат об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» должен соответствовать требованиям приложениям №1, №2 и №3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.11.2021 № 1060н «Об утверждении требований к сертификату об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства, прибывающими в Российскую Федерацию, формы, описания бланка и срока действия указанного сертификата».

Бланк «Сертификат об отсутствии вируса иммунодефицита (ВИЧ-инфекции)», бланк «Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих» отнесены к защищенной полиграфической продукции уровня «В» и должен соответствовать техническим требованиям приказа Министерства финансов Российской Федерации от 29.09.2020 № 217н.

10. Приказом руководителя медицинской организации назначаются лица, ответственные за получение, хранение, выдачу бланков медицинских документов строго количественного учета:

«Медицинское заключение о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 4);

«Сертификат об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 5).

11. Журналы, используемые в соответствии с настоящим Положением, должны быть с пронумерованными страницами, прошнурованы, скреплены печатью медицинской организации и подписаны главным врачом ответственной медицинской организации. Все графы журналов подлежат заполнению синими или черными чернилами. Нумерация пациентов ежегодно начинается с единицы. Журналы хранятся в медицинских организациях в течение пяти лет, после чего уничтожаются комиссионно.

12. ГАУ СО «Центр цифровой трансформации здравоохранения» осуществляет учет и выдачу диапазона номеров формы № 001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (отсутствии)

инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих» по запросам руководителей ответственных медицинских организаций.

III. Организация приема документов, предоставляемых иностранными гражданами или лицами без гражданства в ответственную медицинскую организацию при обращении для прохождения медицинского освидетельствования

Для прохождения медицинского освидетельствования иностранные граждане или лица без гражданства представляют в ответственную медицинскую организацию следующие документы:

1) документы, удостоверяющие личность:

а) документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

б) документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства,

а также иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства;

2) уведомление о регистрации на территории Свердловской области или паспорт с отметкой о разрешении на временное проживание или документ с видом на жительство;

3) миграционную карту и ее копию (при наличии) для иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы;

4) визу и ее копию (для иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию в порядке, требующем получения визы).

Для правильного оформления медицинских документов, содержащих персональные данные, необходимо использовать нотариально заверенный перевод на русский язык документа, удостоверяющего личность.

Для правильного указания адреса пребывания в Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства необходимо использовать отрывную часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания, или иной документ, выданный Управлением по вопросам миграции ГУ МВД России по Свердловской области, в котором указан адрес пребывания.

Без предоставления вышеуказанных документов процедура медицинского освидетельствования не начинается, бланки медицинской документации не заполняются.

IV. Порядок оформления медицинских документов в ответственных медицинских организациях для проведения медицинского освидетельствования

13. Перед началом оформления медицинских документов необходимо:

1) Получение информированного согласия иностранного гражданина или лица без гражданства (их законных представителей) и заполнение медицинских документов при обращении для прохождения медицинского освидетельствования:

на проведение медицинского освидетельствования, инструментальных и лабораторных обследований (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 1);

на обработку персональных данных (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 2).

2) Заключение договора на проведение медицинского освидетельствования с выполнением необходимых инструментальных и лабораторных обследований.

Без выполнения этих пунктов медицинские документы не заполняются.

На каждого обратившегося сначала заполняется паспортная часть формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 3);

3) Оформление направлений на проведение медицинского освидетельствования, в части: взятия крови для проведения исследований на наличие антител к ВИЧ, антигена p24, сифилиса;

мочи для химико-токсикологических исследований на наличие в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов (для иностранных граждан и лиц без гражданства достигших 13 лет);

флюорографическое или рентгенологическое исследование, или компьютерная томография легких для диагностики туберкулеза (для иностранных граждан и лиц без гражданства старше 18 лет);

осмотров врача-инфекциониста, врача-фтизиатра, врача-дерматовенеролога, врача психиатра-нарколога (наркологическое освидетельствование);

4) Информирование о порядке прохождения осмотров врачами-специалистами, лабораторных, флюорографического или рентгенологического исследований, или компьютерной томографии, которые необходимо пройти в рамках медицинского освидетельствования в ответственных медицинских организациях (их структурных подразделениях).

V. Организация процедуры проведения медицинского освидетельствования иностранных граждан или лиц без гражданства, обратившихся в ответственную медицинскую организацию

14. Ответственные медицинские организации при обращении иностранного гражданина или лица без гражданства за прохождением медицинского освидетельствования с использованием программного средства, разработанного ГАУ СО «Центр цифровой трансформации здравоохранения», осуществляют поиск в областной базе данных о прохождении за последние 90 дней, медицинского освидетельствования и выявления у него опасных инфекционных заболеваний или заболеваний наркоманией.

15. Процедура медицинского освидетельствования включает в себя следующие этапы:

I этап – осмотры специалистов, проведение флюорографического или рентгенологических исследований, или компьютерной томографии, лабораторных исследований, включающих забор материала для выявления инфекционных заболеваний и заболеваний наркоманией.

Порядок процедуры, необходимые лабораторные исследования при прохождении медицинского освидетельствования утверждены приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н.

Осмотр инфекциониста в целях установления наличия (отсутствия) ВИЧ-инфекции включает:

заполнение соответствующего раздела формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», забор материала и проведение лабораторных исследований;

дотестовое консультирование при обследовании на ВИЧ-инфекцию;

взятие крови для исследования на наличие антител к ВИЧ и антигена p24;

определение в сыворотке или плазме крови человека антител классов M, G (IgM и IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 (Humanimmunodeficiencyvirus HIV 1/ HIV 2) и антигена p24 в сыворотке или плазме человека;

послетестовое консультирование по результатам обследования на наличие антител к ВИЧ и антигена p24;

заполнение бланка «Сертификат об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 5).

Заполнение по результатам медицинского освидетельствования соответствующего раздела формы № 001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных

заболеваний, представляющих опасность для окружающих» в соответствии с Перечнем инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждённым приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н.

Осмотр дерматовенеролога в целях установления наличия (отсутствия) сифилиса, лепры включает:

осмотр пациента и заполнение соответствующего раздела формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

для исключения лепры проводится визуальный осмотр кожных покровов, при котором отмечаются наиболее важные признаки - сыпь на теле с потерей кожной чувствительности, а также другие признаки - утолщение нервов (большие периферические нервы), заложенность носа, воспалительные изменения со стороны глаз, выпадение волос бровей. В эпиданамнезе - пребывание в эндемичных очагах. Кроме того, при наличии медицинских показаний бактериоскопическое исследование соскоба слизистой оболочки носа (окраска по Циль-Нильсону);

взятие крови для исследования на сифилис и проведение исследования крови: суммарное определение IgM и IgG антител к *Treponemapallidum* методом иммуноферментного анализа и определение антител к *Treponemapallidum* в реакции пассивной гемагглютинации; определение антител к *Treponemapallidum* нетрепонемным тестом (РМП).

Заполнение по результатам медицинского освидетельствования соответствующего раздела формы № 001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих» на выявление сифилиса, лепры и других инфекционных заболеваний (приложение №4 к настоящему приказу, пункт 4).

В случае выявления пациентов с подозрением на сифилис, лепру их необходимо направить в ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» в течение общего срока прохождения медицинского освидетельствования – 5 суток.

Осмотр фтизиатра в целях установления наличия (отсутствия) туберкулеза включает осмотр пациента и заполнение соответствующего раздела формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и проведение диагностики туберкулеза:

взрослым (старше 18 лет) – флюорографическое или рентгенологическое исследование, или компьютерная томография органов грудной клетки в прямой проекции, а лицам старше 40 лет в двух проекциях – прямой и левой боковой.

Иностранный гражданин или лицо без гражданства имеет право представить результаты флюорографического или рентгенологического обследования, или компьютерной томографии, проведенных в срок не более одного месяца перед медицинским освидетельствованием.

Иммунодиагностика с применением аллергена бактерий с 2 туберкулиновыми единицами очищенного туберкулина в стандартном разведении (для иностранных граждан или лиц без гражданства в возрасте от 6 до 7 лет включительно);

Иммунодиагностика с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении или по желанию гражданина *in vitro* тесты, основанные на оценке высвобождения Т-лимфоцитами гамма-интерферона (для иностранных граждан или лиц без гражданства в возрасте от 8 до 14 лет включительно);

Иммунодиагностика с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении или рентгенологическое исследование органов грудной клетки или флюорография легких (для иностранных граждан или лиц без гражданства в возрасте от 15 до 17 лет включительно);

Бактериоскопическое и (или) культуральное (посевы на твердых и жидких питательных средах) исследование мокроты или другого материала, или молекулярно-биологическое исследование мокроты или другого материала на ДНК микобактерий туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) (при наличии медицинских показаний);

Заполнение по результатам медицинского освидетельствования соответствующего раздела формы № 001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих» на выявление туберкулёза (приложение №4 к настоящему приказу, пункт 4).

Все случаи инфекционных заболеваний, выявленные у иностранных граждан и лиц без гражданства, должны регистрироваться в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. № 60 - леч.).

При выявлении (подозрении) у иностранных граждан и лиц без гражданства ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, других инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, подается экстренное извещение (ф. № 058/у) в филиалы федерального государственного учреждения «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области», в г. Екатеринбурге - в Центральный Екатеринбургский филиал федерального государственного учреждения «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» (отдел регистрации инфекционных заболеваний).

Специализированные медицинские организации и их подразделения, установившие окончательный диагноз инфекционного заболевания (ВИЧ-инфекция, туберкулез, сифилис, лепра) обеспечивают своевременную организацию проведения (по территориальному принципу) полного комплекса противоэпидемических (профилактических) мероприятий по месту проживания и осуществления трудовой деятельности иностранных граждан, больных инфекционными заболеваниями, в соответствии с требованиями действующих нормативных и правовых документов, включая госпитализацию и лечение выявленных больных, дезинфекционные мероприятия, медицинское наблюдение за контактными лицами, при необходимости химиопрофилактику среди контактных лиц.

Осмотр врача психиатра-нарколога (наркологическое освидетельствование)

Осмотр врачом-психиатром-наркологом проводится с целью установления факта употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов по результатам проведения химико-токсикологического исследования.

Согласно пункта 7 подпункта 13 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 №1079н:

химико-токсикологические исследования биологического объекта (мочи) проводятся для иностранных граждан или лиц без гражданства, достигших 13 лет;

при проведении медицинского освидетельствования учитываются результаты ранее проведенных на территории Российской Федерации (**не позднее одного года**) осмотров, диспансеризации, иных медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, подтвержденных медицинскими документами, в том числе полученными путем электронного обмена между медицинскими организациями, за исключением случаев выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках медицинского освидетельствования;

Химико-токсикологические исследования биологического объекта (мочи) проводятся в два этапа:

1) предварительные химико-токсикологические исследования, направленные на получение объективных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов;

2) подтверждающие химико-токсикологические исследования, направленные на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов.

Предварительные химико-токсикологические исследования проводятся на следующие химические вещества, включая их производные, метаболиты и аналоги: опиаты, каннабиноиды, фенилалкиламины, (амфетамин, метамфетамин), синтетические катиноны, кокаин, метадон, бензодиазепины, барбитураты и фенциклидин.

Предварительные химико-токсикологические исследования для выявления наличия в организме свидетельствуемого веществ, указанных абзаце первом настоящего пункта, проводятся иммунохимическими методами, исключающими визуальную оценку результатов предварительных химико-токсикологических исследований, одновременно на все вещества и не позднее двух часов с момента отбора пробы биологического объекта с применением анализаторов, обеспечивающих регистрацию и количественную оценку результатов предварительных химико-токсикологических исследований путем сравнения полученного результата с калибровочной кривой.

По окончании предварительного химико-токсикологического исследования в случае отсутствия в образце биологического объекта (моче) наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов подтверждающее химико-токсикологическое исследование не проводится.

По окончании предварительного химико-токсикологического исследования в случае наличия в образце биологического объекта (моче) наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов и вне зависимости от их концентрации проводится подтверждающее химико-токсикологическое исследование.

Подтверждающее химико-токсикологическое исследование образца биологического объекта (мочи) проводится вне зависимости от результатов предварительного химико-токсикологического исследования в случаях, предусмотренных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н.

Срок доставки образца биологического объекта (мочи) в медицинскую организацию, проводящую подтверждающее химико-токсикологическое исследование, не должен превышать десяти рабочих дней с момента отбора образца биологического объекта (мочи).

Срок проведения подтверждающего химико-токсикологического исследования не должен превышать трех рабочих дней с момента поступления образца биологического объекта (мочи) в химико-токсикологическую лабораторию.

Результаты химико-токсикологических исследований отражаются в справке о результатах химико-токсикологических исследований по форме, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ» и представляются в медицинскую организацию, направившую в химико-токсикологическую лабораторию образец биологического объекта (мочи).

Все результаты лабораторных, инструментальных исследований и осмотров врачей: инфекциониста, дерматовенеролога, фтизиатра, психиатра-нарколога вводятся в:

электронную медицинскую карту пациента;

соответствующие разделы формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

в журналы учета выдачи медицинских документов по результатам медицинского обследования иностранных граждан и лиц без гражданства с указанием порядкового номера, даты результатов обследования и осмотра, фамилии, имени, отчества, года рождения, паспортных данных, адреса фактического проживания иностранного гражданина и лица без гражданства (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 17).

II этап. При подозрении на наличие инфекционных заболеваний, включенных в «Перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н (далее – Перечень инфекционных заболеваний) иностранные граждане и лица без гражданства направляются на второй этап медицинского освидетельствования для установления (или снятия) диагноза инфекционного заболевания.

При подозрении на ВИЧ-инфекцию (ИФА+ и ИБ- или ИФА+ и ИБ+/-) иностранный гражданин или лицо без гражданства направляется для верификации диагноза ВИЧ-инфекции в

течение общего срока прохождения медицинского освидетельствования – 5 суток в ГАУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» или его филиал;

при подозрении на туберкулез в ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер»;

при подозрении на сифилис, лепру в ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер»;

при подозрении на заболевание наркоманией пациенты направляются в ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница».

Бланки формы № 001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих», с заполненными результатами медицинского освидетельствования и заверенные личными печатями специалистов (врача-инфекциониста, врача-фтизиатра, врача-дерматовенеролога подписывает и заверяет печатью уполномоченное лицо, назначенное приказом руководителя ответственной медицинской организации.

Сертификат об отсутствии у иностранного гражданина или лица без гражданства заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) (далее - сертификат), оформляется медицинской организацией государственной системы здравоохранения.

III этап. Оформление и выдача медицинских документов иностранным гражданам и лицам без гражданства по результатам проведения медицинского освидетельствования, включая проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме иностранного гражданина или лица без гражданства наркотических средств или психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, на наличие или отсутствие у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих:

медицинского заключения об отсутствии факта употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ согласно приложению №2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 №1079н;

медицинского заключения о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих согласно приложению №3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 №1079н;

сертификата об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.11.2021 № 1060н «Об утверждении требований к сертификату об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства, прибывающими в Российскую Федерацию, формы, описания бланка и срока действия указанного сертификата».

В случае не завершения процедуры медицинского освидетельствования, а именно:

неявка на послетестовое консультирование при положительном, неопределённом результате на наличие антител к ВИЧ, отсутствие результатов ПЦР-диагностики;

неявка на дообследование в ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер»;

непредставление в установленные сроки в уполномоченную медицинскую организацию результатов дообследования, начала лечения в течении общего срока прохождения медицинского освидетельствования – 5 суток, результатов по окончании срока излечения, медицинские документы (медицинское заключение и сертификат об отсутствии антител к ВИЧ-инфекции) не выдаются.

VI. Действия ответственной медицинской организации и специализированной медицинской организации при выявлении (подозрении) у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для

окружающих (туберкулёз, сифилис, лепра, ВИЧ-инфекция); наркологические расстройства (либо подозрения на заболевание наркоманией)

16. При подозрении на наличие инфекционных заболеваний врачом-специалистом ответственной медицинской организации устанавливается предварительный диагноз, который вносится в соответствующий раздел формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» без внесения в бланк медицинского заключения.

1) Туберкулёз:

При выявлении (подозрении) на туберкулёз необходимо оформить:

- уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявленных в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваний, опасных для населения и необходимости дообследования в 2-х экземплярах, второй экземпляр вклеивается в форму № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7);

экстренное извещение о выявлении (подозрении) инфекционного заболевания (формы 089/у-туб и 058/у) в филиалы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области»; основание: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.08.2003 № 410 «Об утверждении учетной формы № 089/у-туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза» и приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»;

направление иностранного гражданина или лица без гражданства на дообследование с предварительно установленным диагнозом, соответствующим коду по МКБ-10 (приложение № 4. к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.5) в ГБУЗ СО «Противотуберкулёзный диспансер»;

уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение), об ответственности за сокрытие контактных лиц (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.6);

при сокрытии информации о контактных – уведомление направляется в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области о факте сокрытия контактных лиц иностранным гражданином или лицом без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение) (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.7).

ГБУЗ СО «Противотуберкулёзный диспансер» организует:

а) проведение дообследования иностранных граждан и лиц без гражданства на договорной основе, при наличии медицинских показаний проведение процедуры молекулярно-биологического исследования мокроты на ДНК микобактерий туберкулёза методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), проведение компьютерной томографии органов грудной клетки и проба с аллергеном туберкулёзным рекомбинантным в стандартном отведении (ДИАСКИН-ТЕСТ);

б) подачу экстренных извещений о выявлении (подозрении) инфекционного заболевания (формы 089/у-туб и 058/у) в филиалы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.08.2003 № 410 «Об утверждении учетной формы № 089/у-туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза» и приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»;

в) проведение лечения иностранных граждан и лиц без гражданства с диагнозом туберкулёз на договорной основе, с последующей выдачей иностранному гражданину справок о результатах лечения и опасности для окружающих;

г) представление еженедельно (в пятницу) в ответственные медицинские организации по фамильные списки иностранных граждан и лиц без гражданства, которые были направлены на дообследование в связи с выявлением или подозрением на туберкулез (приложение №4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.5).

2) Сифилис, лепра:

При выявлении (подозрении) на сифилис, лепру необходимо оформить:

уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявленных в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваниях, опасных для населения и необходимости дообследования в 2-х экземплярах, второй экземпляр вклеивается в форму № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7);

экстренное извещение о выявлении (подозрении) инфекционного заболевания (форма № 058/у) в филиалы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области»;

направление иностранного гражданина или лица без гражданства на дообследование с предварительно установленным диагнозом, соответствующим коду по МКБ-10 (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.5);

уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение), об ответственности за сокрытие контактных лиц (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.6);

при сокрытии информации о контактных – уведомление направляется в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области о факте сокрытия контактных лиц иностранным гражданином или лицом без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение) (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.7).

ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» организует:

а) проведение дообследования иностранных граждан и лиц без гражданства на договорной основе;

б) подачу экстренных извещений (форма 058/у) в случае подтверждения (снятия) диагноза;

в) проведение лечения иностранных граждан и лиц без гражданства с диагнозом сифилис, лепра на договорной основе, выдачу иностранному гражданину справки о результатах лечения и опасности для окружающих;

г) еженедельно (в пятницу) представление в ответственные медицинские организации по фамильные списки иностранных граждан и лиц без гражданства, которые были направлены на дообследование в связи с выявлением или подозрением на сифилис, лепру (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 14).

3) ВИЧ-инфекция:

При выявлении ВИЧ-инфекции необходимо оформить:

уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявлении в ходе медицинского освидетельствования ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваниях опасных для населения в 2-х экземплярах, второй экземпляр вклеивается в форму № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.3);

экстренное извещение о выявлении (подозрении) ВИЧ-инфекции и прочих инфекционных заболеваний (форма № 058/у) и направить её в филиалы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области»;

уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение), об ответственности за сокрытие контактных лиц (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.6);

при сокрытии информации о контактных – уведомление направляется в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области о факте сокрытия контактных лиц иностранным гражданином или лицом без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение) (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.7.);

карту эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции (приложение №4 к настоящему приказу, пункт 11);

уведомление от иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлена ВИЧ-инфекция о наличии родственников в Российской Федерации (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.4);

направление иностранного гражданина или лица без гражданства при подозрении на ВИЧ-инфекцию (ИФА+ и ИБ- или ИФА+ и ИБ +/-), для верификации диагноза ВИЧ-инфекции в ГАУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» и его филиалы, (приложение №4 к настоящему приказу, пункт 14);

получение результатов обследования иностранных граждан и лиц без гражданства от ГАУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» и его филиалов на наличие (отсутствие) ВИЧ-инфекции, а также информации о неявке пациента в пределах общего срока прохождения медицинского освидетельствования – 5 рабочих дней.

ГАУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики борьбы со СПИД», и его филиалы организуют:

дообследование иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых в ходе медицинского освидетельствования в ответственных медицинских организациях выявлено подозрение на ВИЧ-инфекцию (ИФА+ и ИБ- или ИФА+ и ИБ +/-), а также по инициативе пациента при подтверждении диагноза ВИЧ-инфекции, предоставление рекомендаций по лечению с оформлением соответствующих документов;

выдачу иностранному гражданину или лицу без гражданства заключения о результате дообследования;

направление результатов дообследования иностранных граждан и лиц без гражданства на наличие (отсутствие) ВИЧ-инфекции в ответственную медицинскую организацию (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 14).

4) Наркологические расстройства (либо подозрения на заболевание наркоманией)

в случае выявления положительного результата при исследовании мочи, либо в случае отрицательного теста, но при подозрении на наличие наркологического расстройства, а также в случае несогласия иностранного гражданина или лица без гражданства с положительным результатом обследования данный гражданин направляется на дообследование в ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница» с предварительно установленным диагнозом, соответствующим коду по МКБ-10 (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 14);

в форму № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 3) вклеивается уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявленных в ходе медицинского освидетельствования наркологических расстройствах (подозрении), и направлении его на дообследование (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 14), затем при последующей явке – результат дообследования.

ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница» организует:

а) проведение дообследования для установления диагноза на договорной основе;

б) представление результатов химико-токсикологических исследований в медицинскую организацию, направившую в химико-токсикологическую лабораторию образец биологического объекта (мочи).

Все дообследования иностранных граждан и лиц без гражданства в специализированных медицинских организациях должны укладываться в общий срок проведения процедуры медицинского освидетельствования – 5-ти суток, со дня обращения их в ответственную

медицинскую организацию, предусмотренного пунктом 19 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 №1079н.

В случае проведения подтверждающего химико-токсикологическое исследование образца биологического объекта (мочи) медицинское освидетельствование, включая выдачу сертификата и медицинского заключения № 2, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н проводится в срок, не превышающий **восемнадцать рабочих дней**.

Результаты химико-токсикологических исследований отражаются в справке о результатах химико-токсикологических исследований по форме, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ», и представляются в медицинскую организацию, направившую в химико-токсикологическую лабораторию образец биологического объекта (мочи).

В случае выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства факта употребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, либо новых потенциально опасных психоактивных веществ, включая положительные результаты при проведении химико-токсикологических исследований наличия в организме иностранного гражданина или лица без гражданства наркотических средств или психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, главный врач ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница» направляет решение комиссии и пакет медицинских документов начальнику Управления по вопросам миграции ГУ МВД РФ по Свердловской области:

- сопроводительное письмо с грифом «для служебного пользования» («ДСП»), заверенное печатью медицинской организации на каждой странице, с приложением:

- копии документов, удостоверяющих личность, копия перевода на русский язык, заверенную нотариально;

- копия уведомления о регистрации на территории Свердловской области или копия паспорта с отметкой о разрешении на временное проживание или копия документа с видом на жительство;

- копии миграционной карты;

- копии результатов, проведенных при осмотре пациента и проведении химико-токсикологических исследований наличия в организме иностранного гражданина или лица без гражданства наркотических средств или психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов.

VII. Порядок выдачи, учёта и хранения медицинских документов в ответственных медицинских организациях по результатам проведения медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства

17. В ответственных медицинских организациях организуется ежедневная выдача медицинских документов с результатами медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства, с регистрацией в соответствующих журналах (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 17);

18. Выдача медицинских документов по результатам медицинского освидетельствования иностранные граждане или лица без гражданства в ответственных медицинских организациях производится:

- по документам, удостоверяющим личность иностранных граждан и лиц без гражданства, предусмотренных в разделе III настоящего положения;

- по нотариально заверенной доверенности представителем работодателя;

- по нотариально заверенной доверенности представителем иностранных граждан и лиц без гражданства;

- на детей родителям (опекунам) по предъявлению соответствующих документов.

19. Состав документов, выдаваемых иностранным гражданам или лицам без гражданства, прошедшим медицинское освидетельствование и завершивших дообследование в специализированных медицинских организациях:

а) сертификат об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции на специальном бланке. По запросу иностранного гражданина или лица без гражданства могут быть выданы дополнительные экземпляры сертификатов с указанием следующих персональных порядковых номеров (приложение № 3.5 к настоящему приказу).

Каждый оформленный сертификат сканируется, сохраняется в базе данных, выдается иностранному гражданину или лицу без гражданства на руки.

При положительном результате исследования, либо в случае, если исследование не проводилось, сертификат не выдается;

б) форма № 001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих» в 2-х экземплярах (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 4).

Один экземпляр медицинского заключения выдается ответственной медицинской организацией иностранному гражданину и лицу без гражданства, второй экземпляр медицинского заключения хранится в течение 5 лет в ответственной медицинской организации.

Уполномоченным лицом, назначенным приказом руководителя ответственной медицинской организации, под каждым заключением специалистов (врача-инфекциониста, врача-фтизиатра, врача-дерматовенеролога), указанных в строках 9 - 11 медицинского заключения, вносится его должность, ФИО, подпись, дата и печать (при наличии), а также эти данные вносятся в строку 13 медицинского заключения, которое заверяется его подписью, печатью ответственной медицинской организации, на оттиске которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами;

в) медицинское заключение о наличии (об отсутствии) наркологического расстройства, в 2-х экземплярах на специальном бланке медицинского заключения по результатам прохождения освидетельствования на наличие заболеваний наркоманией (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 6). Один экземпляр медицинского заключения выдается ответственной медицинской организацией иностранному гражданину и лицу без гражданства, второй экземпляр медицинского заключения хранится в течение 5 лет в ответственной медицинской организации.

По запросу иностранного гражданина или лица без гражданства могут быть выданы дополнительные экземпляры медицинских заключений с указанием персональных порядковых номеров (приложение № 4 к настоящему приказу, пункты 4 и 6).

20. В ответственных медицинских организациях обеспечивается ведение и хранение учетно-отчётной документации по результатам медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства:

форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

второго экземпляра формы № 001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих»;

второго экземпляра сертификата с порядковым номером о результатах тестирования на наличие антител к ВИЧ1 и ВИЧ2 при отрицательных результатах;

сканированный вариант первого и последующих экземпляров сертификата о результатах тестирования на антитела к ВИЧ1 и ВИЧ2, антиген p24 при отрицательных результатах обследований, выданных иностранному гражданину или лицу без гражданства;

второго экземпляра формы № 001-ИЗ «Медицинское заключение об отсутствии факта употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ или их метаболитов».

21. Сертификат и медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих (форма № 001-ИЗ) действительны в

течение двенадцати месяцев с даты их выдачи согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 №1079н.

22. В случае отказа иностранного гражданина или лица без гражданства от проведения медицинского освидетельствования или от прохождения хотя бы одного из осмотров врачами-специалистами, лабораторных и рентгенологических исследований, предусмотренных Положением, сертификат и медицинское заключение не оформляются.

VIII. Организация подготовки и направление пакета документов в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области для принятия решения о нежелательности пребывания иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации

23. В случае выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, ответственная медицинская организация направляет пакет следующих документов в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области:

сопроводительное письмо с грифом «для служебного пользования» («ДСП»), заверенное печатью медицинской организации на каждой странице, с приложением:

копии документов, удостоверяющих личность, копия перевода на русский язык, заверенную нотариально;

копия уведомления о регистрации на территории Свердловской области или копия паспорта с отметкой о разрешении на временное проживание или копия документа с видом на жительство;

копии миграционной карты;

копии результатов, проведенных лабораторных (аппаратных) исследований, включая для выявления ВИЧ-инфекции, сифилиса, туберкулеза полные сведения (наименование тест-системы, серия, срок годности, производитель и результаты подтверждающих референс-исследований), Ф.И.О. врачей-специалистов, проводивших освидетельствование;

копии справок о прохождении лечения и результатах лечения от инфекционного заболевания (туберкулёз, сифилис);

копии формы № 001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 4);

копии сертификата об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) при отрицательных результатах (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 5);

уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлены инфекционные заболевания, опасные для окружающих, и направление его на дообследование, с указанием адреса медицинской организации, даты заполнения, подписи иностранного гражданина (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.1);

уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявлении инфекционного заболевания, опасного для окружающих, и необходимости лечения (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.2);

уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявлении ВИЧ-инфекция и мерах личной профилактики (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.3);

уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлена ВИЧ-инфекция о наличии родственников в Российской Федерации (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.4);

направление иностранного гражданина или лица без гражданства на дообследование с целью подтверждения (снятия) диагноза (ВИЧ-инфекция, туберкулёз, сифилис, лепра), заболевания наркоманией с указанием даты выдачи направления, подписи иностранного гражданина, ФИО и подпись врача (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.5);

уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание, об ответственности за сокрытие контактных (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.6);

уведомление в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области о факте сокрытия контактных лиц иностранным гражданином или лицом без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение) (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 7, подпункт 7.7);

копия договора иностранного гражданина (лица без гражданства) и специализированного медицинского учреждения о лечении инфекционного заболевания или копия информированного отказа от заключения договора.

IX. Организация оперативного обмена информацией по результатам проведения медицинского освидетельствования

24. Для обеспечения оперативного обмена информацией между учреждениями, участвующими в процедуре медицинского освидетельствования, а также Управлением Роспотребнадзора по Свердловской области и Управлением миграции ГУ МВД России по Свердловской области в ходе процедуры освидетельствования:

1) Ответственные медицинские организации обеспечивают ввод данных в областную базу данных с использованием программного средства, разработанного ГАУ СО «Центр цифровой трансформации здравоохранения» об иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование, с указанием номеров документов, выданных иностранному гражданину (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 12);

2) ГАУ СО «Центр цифровой трансформации здравоохранения» обеспечивает: ежедневное направление информации в Управление по вопросам миграции ГУ МВД России по Свердловской области по защищенному каналу связи сводных данных, полученных от ответственных медицинских организаций об иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование, с указанием номеров медицинских документов, выданных иностранным гражданам и лицам без гражданства, выявленных у них инфекционных заболеваний, предусмотренных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н, от 17.11.2021 № 1060н;

создание интеграционных сервисов, входящих в состав регионального фрагмента ЕГИСЗ по учету иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование, выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, предусмотренных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н, от 17.11.2021 № 1060н;

учет и выдачу диапазона номеров формы № 001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих» по запросам руководителей ответственных медицинских организаций;

ежемесячное предоставление сводных данных ответственных медицинских организаций о результатах медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 12).

25. При отсутствии у ответственной медицинской организации, участвующей в процедуре медицинского освидетельствования, доступа к региональному сегменту ЕГИСЗ, она самостоятельно приобретает и устанавливает оборудование, необходимое для подключения к инфраструктуре регионального сегмента ЕГИСЗ и используемое для доступа к программному модулю по учету медицинского освидетельствования.

26. Ответственные медицинские организации, участвующие в процедуре медицинского освидетельствования, самостоятельно несут все расходы, связанные с поддержанием в работоспособном состоянии оборудования, обеспечивающего доступ к региональному сегменту ЕГИСЗ и полнофункциональную работу с программным модулем по учету медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства, включая затраты на телекоммуникационные услуги, расходные материалы и транспортные и накладные расходы.

27. Ответственные медицинские организации в адрес Управления Роспотребнадзора по Свердловской области:

направляют в оперативном режиме пакеты документов о незавершении процедуры медицинского освидетельствования иностранным гражданином. При этом в решении указывается наличие инфекционного диагноза (подозрения) и факт незавершения иностранным гражданином процедуры (приложение № 4 к настоящему приказу, пункт 8);

обеспечивают направление в ежемесячном режиме с нарастающей информацией по форме № 1, а также о наличии родственников - граждан Российской Федерации у иностранных граждан, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлена ВИЧ-инфекция.

				Форма № 1.	
ФИО, дата рождения иностранного гражданина	Выявленное заболевание МКБ-10	по	Дата начала лечения, наименование медицинской организации, заключившей договор проведения лечения	на	Дата окончания курса лечения, документы, выданные по окончании лечения

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области от 15.04.2012 № 807-П

**Перечень форм медицинских документов,
необходимых для организации медицинского освидетельствования иностранных граждан
и лиц без гражданства в ответственных организациях Свердловской области**

1. Информированное согласие иностранного гражданина или лица без гражданства на проведение медицинского освидетельствования для получения разрешения на временное проживание, вида на жительство или разрешения на работу, в том числе с выдачей (переоформлением) патента на территории Свердловской области

Настоящим заявлением я, _____ (Ф.И.О.), _____ лет, подтверждаю свое желание пройти обследование и даю согласие на проведение диагностических исследований, в том числе при выявлении подозрения на заболевание согласен (согласна) на дополнительные исследования, назначенные специалистом.

Я подтверждаю, что также получил(а) информацию о целях и процедуре обследования, о том, какие дальнейшие действия мне следует предпринять в зависимости от получения положительного или отрицательного результата.

Я информирован(а), что в случае выявления заболеваний, представляющих угрозу для здоровья других людей, медицинская организация обязана подать сведения о моем здоровье уполномоченным организациям.

В случае если мне необходимо проведение дополнительного обследования, я обязуюсь в течение 3 дней предоставить результаты дополнительных обследований по месту требования

Настоящим заявляю, что не буду предъявлять какие-либо претензии, прямо или косвенно связанные с результатами обследования, к учреждению, проводящему обследование, его персоналу или представителям, а также другим лицам, привлеченным для консультаций, включая привлечение к ответственности за выдачу ложноположительных или ложноотрицательных результатов.

дата _____

(подпись освидетельствуемого иностранного гражданина)

*Заполняется в 1 экземпляре и вклеивается в амбулаторную карту

1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство*

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

_____ «_____» _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

_____ дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«_____» _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
 (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
 даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н' (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) _____

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«_____» _____ г.

(дата оформления)

Примечание: * Утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 №1051н, Приложение №2

Отказ от медицинского вмешательства*

Я, _____ «_____» ____ г. рождения, (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ «_____» ____ г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в _____

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное

добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н

н. _____

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ «____» _____ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (дата оформления)

Примечание: *Утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 №1051н, Приложение №3

**Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 23 апреля 2012 г. № 390н**

ПЕРЕЧЕНЬ

ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

2. Согласие на обработку персональных данных

Штамп медицинской организации

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года «О персональных данных» № 152-ФЗ даю

(название медицинской организации)

согласие на сбор, обработку, хранение, использование, обновление, систематизацию моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, адрес проживания (фактического места пребывания), адрес регистрации в УФМС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медико-профилактической деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право в связи с моим заболеванием медицинским работникам передавать мои персональные данные другим медицинским должностным лицам в интересах моего обследования и лечения, а также проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при условии, что работа с ними будет осуществляться должностным лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия за исключением случаев, предусмотренных п. 4 ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ.

Настоящее согласие, данное мной _____ г, и действует бессрочно.

Дата рождения _____ Место рождения _____

(число, месяц, год) (на основании паспорта или документа его заменяющего)

Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

Контактный телефон _____ Пол (м/ж) _____

Подпись _____

*Заполняется в 1 экземпляре и вклеивается в амбулаторную карту

3. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация

Учетная форма N 025/y

Утверждена приказом Минздрава
России от 15 декабря 2014 г. N 834н

Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _____

Паспорт: серия _____ № _____, когда выдан _____

2. Фамилия _____

Имя _____

отчество _____

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2

4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

4.1. Гражданство _____,

4.2 Страна постоянного проживания _____

4.3 Миграционная карта _____ (серия) _____ № _____

4.4 Дата прибытия в Россию _____

4.5 Планируемый период пребывания _____

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

6. Местность: городская - 1, сельская - 2.

6.1. Адрес фактического проживания в РФ _____

7. Полис ОМС: серия _____ N _____ 8. СНИЛС _____

9. Наименование страховой медицинской организации _____

10. Код категории льготы _____ 11. Документ _____ : серия _____ N _____

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.

13.1 Сведения о членах семьи, в том числе детях (до 18 лет)

Ф.И.О. членов семьи	Пол	Дата рождения	Степень родства	Место регистрации	Адрес фактического проживания

14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее- 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.

14.1. Социальный статус: рабочий, служащий, учащийся, безработный, другое _____

15. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____

17. Место работы, должность _____

18. Изменение места работы _____

19. Изменение места регистрации _____

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно	Врач

21. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____ 23. Аллергические реакции _____

24. Записи врачей-специалистов:

стр. 3 ф. № 025/у

Осмотр врача-инфекциониста

Жалобы: _____

Температура тела: _____ °C Место измерения: аксиллярно, ректально, во рту.

Анамнез заболевания: _____

Контакт с инфекционными больными за 21 день: да/нет _____

Анамнез жизни: _____

Аллергоанамнез: _____

Перенесенные ранее инфекционные заболевания: _____

В анамнезе COVID-19, вирусный гепатит В (если да, уточнение), вирусный гепатит С (если да, уточнение). Туберкулез в анамнезе (если да, уточнение). Сифилис в анамнезе (если да, уточнение). ВИЧ-инфекция в анамнезе (если да, уточнение).

Общее состояние: удовлетворительное/относительно удовлетворительное/средней степени тяжести.

Сознание: ясное/спутанное/ступор/сопор/умеренное оглушение/глубокое оглушение.

Поведение: Адекватное/неадекватное/конфликтное/заторможенное/эйфоричное.

Кожные покровы: Чистые. Физиологической окраски/умеренно бледные/бледные/серые/багровые/«мраморные»/«кофе с молоком»/бронзовые/гиперпигментация/цианотичные/гиперемизированные/иктеричные/субиктеричные/акроцианоз/диффузный (общий) цианоз. Патологические высыпания: отсутствуют/_____.

Видимые слизистые: Чистые. С очагами кровоизлияния. Экзантема. Без видимых высыпаний/высыпания _____ . Розовые/бледно-розовые/бледные/цианотичные/иктеричные/субиктеричные.

Склеры: нормальные/субиктеричные/желтушные/инъецированные.

Периферические лимфоузлы: _____ увеличены/не увеличены.

Тоны сердца: Ясные/приглушенные/глухие. Ритмичные/аритмичные. ЧСС _____ в мин.

Дыхание: Ритмичное/патологическое. Везикулярное / жесткое / бронхиальное / амфорическое. Нормальное / Усилено / Ослаблено / Умеренно ослаблено.

ЧД _____ в мин. Хрипы: нет / сухие / влажные / рассеянные.

Пищеварительная система: не изменена/изменена _____.

Живот: мягкий/напряженный, вздут/не вздут, не увеличен/увеличен. При пальпации безболезненный/умеренно болезненный/резко болезненный.

Селезенка: не пальпируется/увеличена.

Стул: без особенностей/в норме/запоры/диарея.

Мочеиспускание: без особенностей/нормальное/учащенное/редкое/затрудненное.

Проведенные анализы и исследования: _____

/Диагноз _____ основной: _____ код _____ по _____ МКБ-10,
расшифровка _____

Диагноз _____ сопутствующий: _____ код _____ по _____ МКБ-10,
расшифровка _____

Дата установления диагноза: _____ Дата; время _____

План обследования: _____

Опасность для окружающих: Не представляет / Представляет _____

Диспансерному учету: не подлежит / подлежит _____

Нуждается в лечении: Да / Нет _____

Лечение: стационарное/амбулаторное _____

Дополнение к осмотру инфекциониста: _____

Врач – инфекционист _____ подпись _____

ФИО врача _____

Печать врача _____

стр. 4 ф. № 025/у

Осмотр врача-дерматовенеролога

Жалобы: _____

Анамнез заболевания: Сифилисом не болел. Перенёс сифилис в _____ году. Лечился от сифилиса в _____ году. На учёте у дерматовенеролога состоял/не состоял. Контакт с больным сифилисом отрицает/в _____ году.

Анамнез жизни: Злоупотребление алкоголем отрицает/Злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотических и психоактивных веществ отрицает/Наличиваются следы употребления наркотических и психоактивных веществ. В местах лишения свободы не находился/Находился в местах лишения свободы. ВИЧ-инфекция не выявлена/ВИЧ-инфицирован с _____ года.

Общее состояние: удовлетворительное/относительно удовлетворительное/средней степени тяжести.

Кожные покровы: Чистые. Физиологической окраски / Умеренно бледные / бледные / серые / багровые / «мраморные» / «кофе с молоком» / бронзовые / гиперпигментация / цианотичные / гиперемизированные / иктеричные / субиктеричные / акроцианоз / диффузный (общий) цианоз. Патологические высыпания: отсутствуют/_____.

Характер кожного процесса: распространенный/ограниченный.

Область: шеи/лица/волосистой части головы/груди/спины/живота/лобка/нижних конечностей/верхних конечностей.

Папулы: крупные/мелкоточечные, не обильные/множественные.

Эрозии: единичные/множественные; везикулы; корочки; пятна; трещины; шелушения; чешуйки; бляшки; рубчики; язвочки; волдырь; атрофия; дермографизм; эритема; инфильтрация выраженная/умеренная.

Видимые слизистые: Чистые. С очагами кровоизлияния. Экзантема. Без видимых высыпаний/высыпания _____. Розовые / бледно-розовые / бледные / цианотичные / иктеричные / субиктеричные.

Периферические лимфоузлы: увеличены/не увеличены.

Мочеиспускание: без особенностей/нормальное/учащенное/редкое/затрудненное.

Стул: без особенностей/в норме/запоры/диарея.

Проведенные _____ анализы _____ и _____ исследования:

Результат обследования крови методом ИФА _____

Результат обследования крови методом РМП _____

Результат обследования крови методом РПГА _____

Другие исследования: _____

Предварительный диагноз:

Диагноз: код по МКБ-10 _____ расшифровка _____

Дата и время установления диагноза _____

Опасность для окружающих: представляет / не представляет

Подлежит / не подлежит диспансерному учету. Группа диспансерного учёта _____

Лечение: Не нуждается в лечении / Нуждается амбулаторном лечении, в т.ч. в дневном стационаре / Нуждается стационарном лечении.

Назначена дата госпитализации "___" _____ 20__ г. В учреждение _____

Врач – фтизиатр _____ подпись _____ ФИО врача _____

Печать врача _____

стр. 5 ф. № 025/у

Осмотр врача-фтизиатра

Жалобы: _____

Туберкулезный анамнез: Туберкулезом не болел. Перенёс туберкулёз в _____ году. Лечился от туберкулёза в _____ году. На учёте у фтизиатра состоял/не состоял. Контакт с туберкулезным больным отрицает/в _____ году.

Анамнез жизни: Злоупотребление алкоголем отрицает./Злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотических и психоактивных веществ отрицает/Наличиваются следы употребления наркотических и психоактивных веществ. В местах лишения свободы не находился./Находился в местах лишения свободы. ВИЧ-инфекция не выявлена./ВИЧ-инфицирован с _____ года.

Общее состояние: удовлетворительное/средней степени тяжести.

Кожные покровы: Чистые. Физиологической окраски / Умеренно бледные / бледные / серые / багровые / «мраморные» / «кофе с молоком» / бронзовые / гиперпигментация / цианотичные / гиперемизированные / иктеричные / субиктеричные / акроцианоз / диффузный (общий) цианоз. Патологические высыпания: отсутствуют/_____.

Трофические язв нет / Трофические язвы: единичные / множественные. Длина _____ мм ширина _____ мм.

Видимые слизистые: Чистые/_____ Экзантема. Без видимых высыпаний/_____. Розовые / бледно-розовые / бледные / цианотичные / иктеричные / субиктеричные.
 Периферические лимфоузлы: увеличены/не увеличены.
 Тоны сердца: Ясные/приглушенные/глухие. Ритмичные/аритмичные. ЧСС _____ в мин.
 Дыхание: Ритмичное/патологическое. Везикулярное / жесткое / бронхиальное / амфорическое. Нормальное / Усилено / Ослаблено / Умеренно ослаблено. ЧД _____ в мин. Хрипы: нет / сухие / влажные / рассеянные.
 Перкуторно над легкими: ясный лёгочный звук/с коробочным оттенком.
 Живот: мягкий/напряженный, вздут/не вздут, не увеличен/увеличен. При пальпации безболезненный/умеренно болезненный/резко болезненный.
 Мочеиспускание: без особенностей/нормальное/учащенное/редкое/затрудненное.
 Стул: без особенностей/в норме/запоры/диарея.
 Проведенные анализы и исследования:
 Результат флюорографического обследования _____
 Результат рентгенологического обследования _____
 Результат компьютерной томографии _____
 Результат бактериоскопии мокроты _____
 Результат молекулярно-генетических методов исследования _____
 Реакция Манту, ДИАСКИНТЕСТ _____
 Результат гистологического исследования (нужное подчеркнуть):
 при пункции; при эндоскопическом исследовании; _____
 Данных за туберкулез не выявлено/выявлено (нужное подчеркнуть)
 Предварительный диагноз:
 Клиническая форма туберкулеза _____
 код по МКБ-10 _____ расшифровка _____
 Дата установления диагноза "___" _____ 20__ г.
 Опасность для окружающих: представляет / не представляет
 Подлежит / не подлежит диспансерному учету. Группа диспансерного учёта _____
 Не нуждается в лечении / Нуждается амбулаторном лечении, в т.ч. в дневном стационаре / нуждается стационарном лечении.
 Назначена дата госпитализации "___" _____ 20__ г. В учреждение _____
 Врач – фтизиатр _____ подпись _____ ФИО врача _____
 Печать врача _____
 стр. 6 ф. № 025/у

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
 СВЕРДЛОВСКОЙ БЛАСТИ «ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР»
 (ГБУЗ СО «ПТД»)

ул. Чапаева 9А, г. Екатеринбург, 620142,
 Телефон/факс (343) 220-21-21
 e-mail: info@ptdso.ru

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЦВКК

от _____ № _____

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____ Пол: _М / Ж_

(число, месяц, год)

Клинический диагноз: _____

Заключение: _____

диагноз установлен: при профилактическом осмотре / по заболеванию

дата установления диагноза _____

Противотуберкулезное лечение: получает / не получает в связи с отказом от заключения договора на лечение.

Рекомендуется лечение по ____ режиму химиотерапии в _____

Председатель ЦВКК _____

(подпись)

(И.О.Фамилия)

Члены ЦВКК: _____

(подпись)

(И.О.Фамилия)

(подпись)

(И.О.Фамилия)

М.П. _____

Осмотр врача психиатра-нарколога

Жалобы: _____

Наркологический анамнез: Употребление наркотических и психоактивных веществ отрицает./Лечился от наркомании (другого наркологического расстройства) в ____ году.

На учёте у врача психиатра-нарколога состоял/не состоял.

Анамнез жизни: В местах лишения свободы не находился./Находился в местах лишения свободы.

ВИЧ-инфекция не выявлена./ВИЧ-инфицирован с ____ года.

Общее состояние: удовлетворительное/средней степени тяжести.

Поведение (напряжен, замкнут, раздражен, возбужден, агрессивен, эйфоричен, болтлив, суетлив, настроение неустойчиво, сонлив, заторможен, жалуется ли на свое состояние (на что именно) _____

Состояние сознания, ориентировка в месте, времени, ситуации _____

Речевая способность (связность изложения, нарушения артикуляции, смазанность речи, результаты проведения пробы со счетом) _____

Вегетативно-сосудистые реакции (состояние сосудов кожных покровов и видимых слизистых, потливость, слюнотечение).

Кожные покровы: Чистые. Физиологической окраски / Умеренно бледные / бледные / серые / багровые / «мраморные» / «кофе с молоком» / бронзовые / гиперпигментация / цианотичные / гиперемизированные / иктеричные / субиктеричные / акроцианоз / диффузный (общий) цианоз.

Наличествовуют следы употребления наркотических и психоактивных веществ. Патологические высыпания: отсутствуют/_____. Трофические язв нет / Трофические язвы: единичные / множественные. Длина ____ мм ширина ____ мм.

Видимые слизистые: Чистые/_____. Экзантема. Без видимых высыпаний/_____. Розовые / бледно-розовые / бледные / цианотичные / иктеричные / субиктеричные.

Дыхание (учащенное, замедленное) _____

Пульс _____; артериальное давление _____

Зрачки (сужены, расширены, реакция на свет) _____

Нистагм при взгляде в стороны _____

Двигательная сфера _____

Мимика (вялая, оживленная) _____

Походка (шатающаяся, разбрасывание ног при ходьбе, ходьба с быстрыми поворотами, пошатывание при поворотах) _____

Устойчивость в позе Ромберга _____

Точные движения (пальце-носовая проба и др.) _____

Дрожание век, языка, пальцев рук _____

Имеются ли признаки нервно-психических заболеваний, органического поражения центральной нервной системы, физического истощения, перенесенных травм (со слов освидетельствуемого)
Проведенные анализы и исследования:

Результат химико-токсикологических исследований _____

Результаты химико-токсикологических исследований отражаются в справке о результатах химико-токсикологических исследований по форме, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27 января 2006 г. № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ»⁸, и представляются в медицинскую организацию, направившую в химико-токсикологическую лабораторию образец биологического объекта (мочи).

Подтверждающее химико-токсикологическое исследование образца биологического объекта (мочи) проводится вне зависимости от результатов предварительного химико-токсикологического исследования в случае выявления в ходе медицинского осмотра врачом-психиатром-наркологом у освидетельствуемого не менее трех из следующих клинических признаков:

№ п/п	Состояние	да	нет
1	неадекватность поведения, в том числе сопровождающаяся нарушением общественных норм, демонстративными реакциями, попытками диссимуляции;		
2	заторможенность, сонливость или возбуждение;		
3	эмоциональная неустойчивость;		
4	ускорение или замедление темпа мышления;		
5	гиперемия или бледность, мраморность кожных покровов, акроцианоз;		
6	инъецированность склер, гиперемия или бледность видимых слизистых;		
7	сухость кожных покровов, слизистых или гипергидроз;		
8	учащение или замедление дыхания;		
9	тахикардия или брадикардия;		
10	сужение или расширение зрачков;		
11	вялая реакция зрачков на свет;		
12	двигательное возбуждение или заторможенность;		
13	пошатывание при ходьбе с быстрыми поворотами;		
14	неустойчивость в позе Ромберга;		
15	ошибки при выполнении координационных проб		
16	тремор век и (или) языка, рук;		
17	нарушение речи в виде дизартрии;		
18	признаки внутривенного введения средств (веществ), включая следы от инъекций.		

Предварительный диагноз: код по МКБ-10 _____ расшифровка _____

Дата установления диагноза «__» _____ 20__ г.

Подлежит / не подлежит диспансерному учету. Группа диспансерного учёта _____

Не нуждается в лечении / Нуждается амбулаторном лечении, в т.ч. в дневном стационаре /
Нуждается стационарном лечении. Назначена дата госпитализации «__» _____ 20__ г.
В учреждение _____

Врач психиатр-нарколог _____ подпись _____

ФИО врача _____ Печать врача _____

4. Форма № 001-ИЗ «Медицинское заключение №_____ о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих»

Оформляется в соответствии с приложением № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н

Наименование ответственной медицинской организации

Адрес

Лицензия

Код формы по ОКПДУ

Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация
Форма № 001-ИЗ

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
19 ноября 2021 г. № 1079н

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ № 000000000000

**о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний,
представляющих опасность для окружающих**

от «...» ... 20... г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)

2. Дата рождения: число ... месяц ... год ... ;

место рождения

3. Пол (мужской/женский)

4. Документ, удостоверяющий личность

(№, серия, дата и место выдачи)

5. Место жительства (место регистрации, место фактического проживания)

(подпись подтвердить)

субъект Российской Федерации

район

город

населенный пункт

улица

дом

корпус

квартира

6. Сведения об имеющемся гражданстве

7. Страна постоянного (преимущественного) проживания

8. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации

См. приложение 3 к приказу Минздрава России от 19.11.2021 № 1079н

9. Заключение

Врач-фтизиатр

(отсутствие инфекционных заболеваний)

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

М. П. (при наличии)

(дата осуществления)

20

г.

Уполномоченное лицо медицинской организации

должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

М. П. (при наличии)

(дата осуществления)

20

г.

10. Заключение

Врач-дерматовенеролог

(отсутствие инфекционных заболеваний)

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

М. П. (при наличии)

(дата)

20

г.

Уполномоченное лицо медицинской организации

(должность)

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

М. П. (при наличии)

(дата)

20

г.

11. Заключение

Врач-инфекционист

(отсутствие инфекционных заболеваний)

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

М. П. (при наличии)

(дата)

20

г.

Уполномоченное лицо медицинской организации

(должность)

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

М. П. (при наличии)

(дата)

20

г.

12. Заключение

Врач-терапевт

(отсутствие инфекционных заболеваний)

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

М. П. (при наличии)

(дата)

20

г.

Уполномоченное лицо медицинской организации

(должность)

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

М. П. (при наличии)

(дата)

20

г.

13. Медицинское заключение:

Выявлено наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих (нужное подчеркнуть).

Уполномоченное лицо медицинской организации

(должность)

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

М. П.

(дата)

20

г.

5. Сертификат об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).

Ответственная медицинская организация согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.11.2021 №1060н «Об утверждении требований к сертификату об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства, прибывающими в Российскую Федерацию, формы описания бланка и срока действия указанного сертификата» заказывает в типографии бланки сертификатов, обеспечивает оформление сертификатов по результатам медицинского освидетельствования и проведения лабораторных исследований по определению в крови (плазме) антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 всех классов (IgG, IgM) методом иммуноферментного анализа, антигена p24 с отрицательными результатами, их выдачу.

Бланк сертификата является защищенной полиграфической продукцией уровня «В» и изготавливается по единому образцу в соответствии с техническими требованиями и условиями изготовления защищенной полиграфической продукции, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.09.2020 № 217н. Сертификат действителен в течение трех месяцев со дня выдачи.

Бланки сертификатов и медицинских заключений являются документами строгой отчетности. Медицинские организации ведут учет получения и расходования бланков в специальных журналах. В отдельные журналы вносятся сведения об испорченных, утерянных бланках.

Испорченные бланки сертификатов и медицинских заключений хранятся в медицинских организациях в отдельной папке с описью. По истечении трех лет производится уничтожение испорченных бланков комиссией, созданной по приказу руководителя медицинской организации.

Испорченные бланки сертификатов и медицинских заключений, сброшюрованные в отдельные книжки, скрепляются подписью и печатью. Хранение осуществляется ответственным лицом, назначенным приказом руководителя медицинской организации.

Сведения о выдаче сертификатов и медицинских заключений (дата выдачи, номер и серия) должны быть указаны в соответствующей медицинской документации.

(Наименование медицинской организации)

(адрес местоположения, телефон)

ОГРН

(дата выдачи, номер и срок действия лицензии)

СЕРТИФИКАТ

Серия 650216

№ 0000000

об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) врача)

настоящим подтверждаю, что

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

(паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, страна постоянного или преимущественного проживания)

(дата рождения)

**был(а)
обследован(а)**

(дата тестирования, серия тест-системы)

**Определение антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 всех классов (IgG, IgM)
методом иммуноферментного анализа с ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ результатом.****Врач-специалист, направивший
на обследование**

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

**Главный врач медицинской
организации****М. П.
(при наличии)****Фамилия, имя,
отчество
(при наличии)
обследуемого**

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

(подпись)

Срок действия с « _____ » _____ г. до « _____ » _____ г.

1

На оборотной стороне бланка сертификата размещаются:

- микротекст «Российская Федерация» позитивного исполнения, высота - 200 мкм;
- код региона в формате «00», соответствующий 1-му, 2-му знакам кода Общероссийского классификатора территорий муниципальных образований, выполненный трафаретным способом печати краской, изменяющей цвет от голубого до золотистого при изменении угла наклона (оптически изменяющаяся краска);
- выходные данные изготовителя полиграфической продукции (сокращенное наименование, адрес места нахождения), № заказа, год выполнения, тираж, уровень защиты - в соответствии с приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29 сентября 2020 г. № 217н.

6. Медицинское заключение серия _____ № _____ об отсутствии факта употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов

Оформляется в соответствии с приложением № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н.

7. Уведомления иностранного гражданина или лица без гражданства о выявлении (подозрении) в ходе медицинского освидетельствования инфекционного заболевания, опасного для населения, и необходимости проведения дообследования

Штамп лечебного учреждения

Код учреждения

7.1 УВЕДОМЛЕНИЕ

иностранного гражданина или лица без гражданства о подозрении на инфекционное заболевание, опасное для населения, и необходимости проведения дообследования

Настоящим _____ подтверждаю, _____ что _____ я

 (Ф.И.О. иностранного гражданина)

уведомлен, о том, что в ходе медицинского освидетельствования у меня выявлено подозрение на заболевание, опасное для населения.

Диагноз

Мне разъяснена необходимость прохождения дообследования в

_____ (указать учреждение)

Я уведомлен о том, что в случае невыполнения мною вышеуказанных требований медицинское заключение о наличии (об отсутствии инфекционных заболеваний) выдано не будет.

Дата _____ Подпись иностранного гражданина _____
 ФИО врача _____ ФИО медсестры _____
 _____ (подпись) _____ (подпись)

МП

<*> заполняется в 2-х экземплярах, один экземпляр выдается на руки иностранному гражданину или лицу без гражданства, другой – вклеивается в амбулаторную карту.

7.2 УВЕДОМЛЕНИЕ

иностранного гражданина или лица без гражданства о выявлении инфекционного заболевания, опасного для населения, необходимости прохождения лечения

Настоящим _____ подтверждаю, _____ что _____ я

 (Ф.И.О. иностранного гражданина)

уведомлен, о том, что в ходе медицинского освидетельствования у меня выявлено подозрение на заболевание, опасное для населения.

Диагноз

Мне разъяснена необходимость прохождения лечения _____

(диагноз по МКБ-10)

и предоставления копии договора из медицинской организации на лечение и документа о результатах лечения, отсутствия опасности для окружающих.

Мне рекомендовано обратиться _____ для прохождения лечения и получение документов об отсутствии заболевания, опасного для окружающих.

При отказе от лечения, прерывании лечения указанного заболевания в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области будут направлены документы для подготовки решения о нежелательности пребывания в Российской Федерации в связи с выявлением _____, опасного для окружающих.

(диагноз по МКБ-10)

Дата _____ Подпись иностранного гражданина _____

ФИО врача _____ ФИО медсестры _____
(подпись) (подпись)

МП

7.3 Уведомление

**иностранного гражданина и лица без гражданства
о выявлении ВИЧ-инфекции и мерах личной профилактики**

Я, _____ Фамилия, _____ имя, _____
отчество _____

_____ года рождения, настоящим подтверждаю, что получил информацию, что у меня при медицинском освидетельствовании выявлена ВИЧ-инфекция, что означает этот диагноз.

Я информирован, что:

- Обнаружение антител к ВИЧ является признаком наличия ВИЧ-инфекции.
- В случае несогласия с результатами обследования, а также для установления диагноза ВИЧ-инфекции, уточнения стадии заболевания, получения рекомендации для лечения ВИЧ-инфекции я могу обратиться в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом или в его филиалы, а также к врачу-инфекционисту КДК, КИЗа медицинской организации по адресу _____ тел. _____

• ВИЧ-позитивным иностранным гражданам и лицам без гражданства в соответствии законодательством Российской Федерации получение вышеуказанных услуг осуществляется платно на договорной основе, за исключением ВИЧ-позитивных беременных женщин, которым необходимо обратиться в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», его филиалы для проведения дообследования, назначения лечения для предотвращения заражения будущего ребенка.

- ВИЧ инфекция передается только тремя путями:
при сексуальных контактах без презерватива;
через кровь при медицинских или немедицинских процедурах. Часто заражение происходит при совместном использовании несколькими людьми одного инструментария для употребления наркотиков (любого предмета или приспособления, на который попадает кровь); возможно заражение при применении готовых растворов наркотиков, в который могли занести ВИЧ раньше.

от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ при бытовых контактах: при рукопожатиях, пользовании общей посудой, предметами быта, бассейном, туалетом, транспортом, совместном приеме пищи, а также при укусах насекомых не происходит.

- Для того, чтобы не передать ВИЧ-инфекцию другому человеку я должен/должна соблюдать меры предосторожности. Мне дана рекомендация информировать половых партнеров о наличии у меня ВИЧ-инфекции, всегда пользоваться презервативами. Не кормить ребенка грудью. Я должен/должна принять меры к тому, чтобы моя кровь, попавшая на колющие, режущие инструменты не могла стать причиной заражения других людей.

- ВИЧ-позитивные не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

- Существует уголовная ответственность за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, либо заражение другого лица ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ).

- Существует административная ответственность за скрывание источника заражения, а также контактных лиц, создающих опасность заражения здоровых лиц (ст. 6.1, «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30 декабря 2011 года №195-ФЗ)

- Со всеми вопросами, связанными с ВИЧ-инфекцией можно обратиться в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИД или к врачу-инфекционисту по месту жительства в поликлинику.

Я _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю, что получил информацию о выявлении у меня антител к ВИЧ, о гарантиях оказания медицинской помощи, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также о необходимости соблюдать меры предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции.

_____ дата

_____ дата

7.4. УВЕДОМЛЕНИЕ

ОТ ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, У КОТОРОГО В ХОДЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВЫЯВЛЕНА ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ О НАЛИЧИИ РОДСТВЕННИКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В соответствии со статьей 11 Федерального Закона № 38-ФЗ от 30 марта 1995 года «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) (с изменениями внесенными Постановлением Конституционного Суда Российской Федерации от 12 марта 2015 года № 4-П, ФЗ №149 от 23.05.2016) в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, страдающих заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), в случае, если указанные иностранные граждане и лица без гражданства имеют членов семьи (супруга (супругу), детей (в том числе усыновленных), родителей (в том числе приемных) – граждан Российской Федерации либо иностранных граждан или лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, и при этом отсутствуют нарушения ими законодательства Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции: не принимается решение о нежелательности пребывания (проживания) в Российской Федерации или решение о не разрешении въезда в Российскую Федерацию в целях обеспечения защиты здоровья населения, если в отношении указанных иностранных граждан и лиц без гражданства отсутствуют иные основания для принятия решения о нежелательности пребывания (проживания) в Российской Федерации.

В связи с чем сообщаю, что я имею родственников – граждан Российской Федерации, или иностранных граждан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации (имеют вид на жительство иностранного гражданина в Российской Федерации):

1) супруг (супруга) – да/нет

Ф.И.О. _____

дети, в том числе усыновленные, - да/нет

Ф.И.О. _____

3) родители, в том числе приемные – да / нет

Ф.И.О. _____

Я, _____

Гражданин (А) _____, достоверность информации удостоверяю

Дата _____ Подпись _____

7.5. Направление иностранного гражданина или лица без гражданства на дообследование с целью подтверждения (снятия) диагноза ВИЧ-инфекция, туберкулез, сифилис, лепра, заболевание наркоманией

Бланк лечебного учреждения

Код учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА ДООБСЛЕДОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ (СНЯТИЯ) ДИАГНОЗА

№ направления _____

На дообследование в _____

(наименование учреждения, адрес)

направляется гражданин _____

, у которого

(Ф.И.О. полностью печатными буквами)

в ходе медицинского освидетельствования _____ выявлено заболевание

(дата освидетельствования)

(подозрение) _____

(указать диагноз)

Передано предварительное экстренное извещение (дата _____, № _____)

Дата выдачи направления _____

Подпись иностранного гражданина _____

Ф.И.О. врача _____, подпись _____

М.П.

<*> направление заполняется в 2-х экземплярах. Один экземпляр отдается на руки иностранному гражданину или лицу без гражданства, другой – вклеивается в амбулаторную карту.

7.6. Уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение), об ответственности за сокрытие контактных лиц

Бланк лечебного учреждения
Код учреждения

**УВЕДОМЛЕНИЕ
ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, У КОТОРОГО В
ХОДЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВЫЯВЛЕНО ИНФЕКЦИОННОЕ
ЗАБОЛЕВАНИЕ (ПОДОЗРЕНИЕ), ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СОКРЫТИЕ
КОНТАКТНЫХ ЛИЦ**

Настоящим подтверждаю, что я _____
(Ф.И.О. иностранного гражданина)

Уведомлен(а), о том, что в ходе медицинского освидетельствования у меня выявлено заболевание (подозрение на заболевание), опасное для населения _____.

Я уведомлен(а), что являюсь источником инфицирования других лиц, мне разъяснены вопросы о путях передачи указанного заболевания и в случае выявления фактов умышленного заражения мною других лиц, я буду привлечен(а) к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я обязуюсь предоставить информацию о контактных лицах и уведомлен (а), что за сокрытие (умышленное искажение данной информации) буду привлечен к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Ф.И.О. контактных лиц:

1.

2.

3.

Дата _____

Ф.И.О. врача _____ подпись _____

Подпись иностранного гражданина _____

<*> заполняется в одном экземпляре, который вклеивается в амбулаторную карту.

7.7 Уведомление в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области о факте сокрытия контактных лиц иностранным гражданином или лицом без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение)

Бланк лечебного учреждения
Код учреждения

**УВЕДОМЛЕНИЕ
В УПРАВЛЕНИЕ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ О ФАКТЕ
СОКРЫТИЯ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ**

ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНИНОМ ИЛИ ЛИЦОМ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, У КОТОРОГО В ХОДЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВЫЯВЛЕНО ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (ПОДОЗРЕНИЕ)

Настоящим информирую, что

Ф.И.О. _____
 Пол _____ Дата рождения _____ Гражданство _____
 Серия, N паспорта _____
 Место временной регистрации _____
 Место жительства _____

в ходе медицинского освидетельствования которого в
 (название уполномоченного ЛПУ)

выявлено _____ заболевание _____ (подозрение на _____ заболевание),

 (диагноз по МКБ-10)

опасное для населения отказался предоставить информацию о контактных лицах (умышленно искажил данную информацию)

Подпись руководителя ЛПУ _____

8.0. Решение медицинской организации, ответственной за организацию медицинского освидетельствования, по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного перечнем, утвержденным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н, от 21.02.2022 №94н,

УТВЕРЖДАЮ:

Руководитель медицинской организации,
 уполномоченной на проведение
 освидетельствования мигрантов и лиц без
 гражданства

_____ Ф.И.О.

М.П.

РЕШЕНИЕ

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства подозрения на наличие инфекционного заболевания, предусмотренного перечнем, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2021 № 1079н «Об утверждении Порядка проведения медицинского освидетельствования, включая проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме иностранного гражданина или лица без гражданства наркотических средств или психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, на наличие или отсутствие у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), формы бланка и срока действия медицинского заключения об отсутствии факта употребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ, а также формы, описания бланка и срока

действия медицинского заключения о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.02.2022 г. № 94н «О внесении изменений в Порядок проведения медицинского освидетельствования, включая проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме иностранного гражданина или лица без гражданства наркотических средств или психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, на наличие или отсутствие у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 ноября 2021 г. № 1079н».

от «__» _____ 20__ г.

№ ____

Медицинская организация, ответственная за организацию медицинского освидетельствования мигрантов и лиц без гражданства на территории Свердловской области _____
наименование

УСТАНОВИЛА:

Гражданин (страна) _____

Ф.И.О. _____

Дата, месяц, год рождения _____ пол: мужской / женский
имеющий подозрение на наличие инфекционного заболевания МКБ-10 _____

_____, не завершил процедуру медицинского освидетельствования после лечения COVID-19, уточнения диагноза при подозрении на COVID-19, (неявка на послетестовое консультирование при положительном результате на ВИЧ-инфекцию, неявка на дообследование в ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер», непредставление в установленные сроки (в течение суток) в уполномоченную медицинскую организацию результатов дообследования), что создает реальную угрозу здоровью окружающего населения по причине подозрения или выявленного заболевания.

СЧИТАЕМ НЕОБХОДИМЫМ:

направить в адрес Управления Роспотребнадзора по Свердловской области пакет документов для принятия мер в рамках полномочий.

9.0. Справка о неявке в специализированное учреждение для дообследования иностранного гражданина или лица без гражданства

Бланк медицинской организации

СПРАВКА

о неявке в специализированное учреждение для дообследования

Настоящим подтверждаю, что иностранный гражданин (лицо без гражданства)

_____,
(ФИО иностранного гражданина)

Гражданство _____

Дата рождения _____,

Паспорт: серия _____ № _____

Дата и место выдачи _____
у которого(ой) в ходе медицинского освидетельствования _____
(дата медосвидетельствования)
выявлено _____ подозрение _____ на _____ инфекционное _____ заболевание _____
_____ (указать заболевание)
в _____
(полное наименование специализированного учреждения)

в установленные сроки для дообследования не явился (ась).

Подпись руководителя _____

М.П.

10. Отказ иностранного гражданина или лица без гражданства от проведения лечения

Бланк медицинской организации

Отказ от проведения лечения

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
Гражданство _____
_____ дата, _____ месяц, _____ год рождения,
паспорт _____ серия _____ № _____ дата _____ и _____ место
выдачи _____
проживающий по адресу _____
отказываюсь от проведения лечения _____ на договорной основе.
Мне даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), включая данные о результатах обследования и прогнозе, методах лечения, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Мне разъяснены возможные последствия моего отказа от предлагаемого лечения.
Я осознаю, что отказ от лечения или проведения медицинского вмешательства может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и привести к неблагоприятному исходу.
«_____» _____ 20____г.

Подпись пациента / законного представителя: _____

Расписался в моем присутствии

Медицинский работник (ФИО, должность) _____
(подпись) _____

11. Карта эпидемиологического расследования на выявленных с ВИЧ-инфекцией иностранных граждан и лиц без гражданства

(утверждена 3.1. Профилактика инфекционных болезней МУ 3.1.3342-16 Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией)

12. Список иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и получивших медицинские документы в ответственной медицинской организации

Список

иностранцев граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и получивших медицинские документы в _____

(название медицинской организации)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Страна гражданства	Национальный паспорт	Адрес регистрации, фактического проживания	Сертификат об отсутствии ВИЧ-инфекции	Медицинское заключение о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний	Медицинское заключение о наличии (об отсутствии) заболеваний наркоманией
				Се- рия	Но- мер	дата выда- чи	номер	дата выдачи

ФИО ответственного исполнителя _____

подпись _____ телефон _____

Заполняется ежедневно, отправляется в ГАУ СО «Центр цифровой трансформации здравоохранения» ежедневно по ВиpNet «Деловая почта»

13. Отчет об иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и количество выявленных инфекционных заболеваний в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области

Руководителю
Управления Роспотребнадзора
по Свердловской области

Отчет

об иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование
в _____ и количество выявленных инфекционных заболеваний
за период с _____ по _____ 20__ г.
(название медицинской организации)

Название инфекционного заболевания	Прошло освидетельствования	процедуру освидетельствования (кол-во человек)	медицинского (кол-во человек)	Выявлено человек	инфекционных заболеваний	/кол-во
туберкулез	—					
сифилис						
лепра			—			
ВИЧ-инфекция						
Всего						

Заполняется и направляется ежемесячно к 25 числу

14. Список иностранных граждан и лиц без гражданства, проходивших медицинское освидетельствование в _____ и направленных на дообследование в ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ СО «Областной кожно-венерологический диспансер», ГАУЗ СО «ОЦ СПИД», ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница» и их подразделения

Список*

и направленных на дообследование в _____ иностранных граждан и лиц без гражданства, проходивших медицинское освидетельствование в _____ и направленных на дообследование в ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ СО «Областной кожно-венерологический диспансер», ГАУЗ СО «ОЦ СПИД» и их подразделения

№ п/п	ФИО	Дата рождения	Гражданство	Адрес регистрации	Медицинское заключение специалиста ответственной медицинской организации	Не обращался для дообследования	Результаты дообследования в специализированной медицинской организации	Дата установления диагноза	Дата снятия диагноза	Находится на лечении
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Графы 1-7 заполняются ответственной медицинской организацией, направившей иностранного гражданина и лицо без гражданства на дообследование.

Графы 8-11 заполняются специализированной медицинской организацией, куда был направлен иностранный гражданин или лицо без гражданства для дообследования и постановки (снятия) диагноза.

*Примечание: направляется ответственной медицинской организацией в течение 24 час после выдачи направлений иностранным гражданам и лицам без гражданства для прохождения дообследования в специализированную медицинскую организацию, от которой в течение 2-х дней получают ответ по результатам

15. Список иностранных граждан и лиц без гражданства, проходивших медицинское освидетельствование в _____ и направленных на дообследование в ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ СО «Областной кожно-венерологический диспансер» их подразделение и не представивших результаты подтверждения или снятия диагноза туберкулез, сифилис

Список*

иностранных граждан и лиц без гражданства, проходивших медицинское освидетельствование в _____ и направленных на дообследование в ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ СО «Областной кожно-венерологический диспансер» их подразделение и не представивших результаты подтверждения или снятия диагноза туберкулез, сифилис

№ п/п	ФИО полностью	Дата рождения	Гражданство	Адрес регистрации, фактического проживания	Медицинское заключение специалиста ответственной медицинской организации	Отказался от дообследования, дата	Направлен для дообследования в специализированную медицинскую организацию и не представил результаты	название медицинской организации	не обращался для дообследования	отказался от лечения, (прервал курс лечения)
1.					Дата Диагноз, МКБ-10					
2.										

*Примечание: направляется ответственной медицинской организацией в течение 24 час после получения результатов прохождения дообследования иностранных граждан и лиц без гражданства в Управление по вопросам миграции ГУ МВД РФ по Свердловской области

16. Отчёт об использовании бланков формы №001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих»

Бланк учреждения

Директору
ГАУ СО «Центр
цифровой
трансформации здравоохранения»

Отчет

об использовании бланков формы №001-ИЗ «Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих» за ____ квартал 20__ года (нарастающим итогом) в ответственной медицинской организации _____

[illegible]

Руководитель ответственной медицинской организации

Печать учреждения

ПОДПИСЬ

17. Журнал учета выдачи сертификатов об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) об обследовании на наличие антител к ВИЧ при проведении медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в ответственной медицинской организации

Название медицинского учреждения

Журнал учета

выдачи сертификатов об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) об обследовании на антитела к ВИЧ при проведении медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в ответственной медицинской организации _____ (название организации) _____ (дата, месяц, год)

начат _____ (дата, месяц, год), окончен _____ (дата, месяц, год)	№ п/п	ФИО обследуемого лица (полностью)	Паспортные данные	Место проживания и регистрации в Свердловской области	Выдан сертификат об отсутствии иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)	ФИО врача, выдавшего сертификат	Подпись иностранного гражданина в получении сертификата
			Гражданство	фактически зарегистрирован	Серия _____ № _____ Дата выдачи		

Руководитель ответственной медицинской организации _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)

Печать учреждения

Примечание: аналогичный журнальный учет должен быть и при выдаче медицинских заключений об отсутствии инфекционных заболеваний, об отсутствии факта употребления наркотических средств

18. Формы отчета и анализа ответственной медицинской организации по результатам медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства для представления в специализированную медицинскую организацию (представляется ответственной медицинской организацией ежеквартально к 5 числу за отчетным периодом в специализированную областную организацию (ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», ГАУЗ СО «Областной кожно-венерологический диспансер», ГБУЗ СО «ОЦ СПИД»)

18.1. Отчет

об иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование в _____, количестве выявленных инфекционных заболеваний и направленных (название медицинской организации) медицинских документов для принятия решения о нежелательности в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области за ____ квартал 20__ г.

Название заболеваний	Прошло процедуру медицинского освидетельствования (кол-во человек)	Выявлено заболеваний (кол-во человек)	направлено мед. документов для принятия решения о нежелательности в Управление РПН по СО в связи с	не завершили процедуру медицинского освидетельствования по причине			
			выявлением инфекционного заболевания	отказом от лечения (прервал лечение)	отказа от дообследования	не обращался для дообследования	другие причины
Туберкулез							
Сифилис							
ВИЧ-инфекция							
Лепра							
Итого							

18.2. Анализ

причин возврата медицинских документов о нежелательности из Управления Роспотребнадзора по Свердловской области на иностранных граждан и лиц без гражданства, проходивших медицинское освидетельствование

В _____ за _____ квартал 20____ г.

(название медицинской организации)

[illegible]

Примечание: информация направляется в специализированные учреждения (ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ СО «Областной кожно-венерологический диспансер», ГАУЗ СО «ОЦ СПИД») соответственно по курируемым инфекциям.

18.3. Результаты *

медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в _____, направленных для
 дообследования в ГБУЗ СО «Противотуберкулёзный диспансер», ГБУЗ СО «Областной кожно-венерологический диспансер»,
 ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», ГБУЗ «Областная наркологическая больница» и их подразделения в _____ квартале 20__ г.

№ п/п	ФИО	Дата рожден ия	Гражданст во	Адрес регистрации	Медицинское заключение специалиста ответственной медицинской организации	Не обращался для дообследо вания	Результаты специализированной организации				в медицинской
							Диагноз снят	Окончател ьный диагноз по МКБ-10, дата установлен ия	Наход ится на лечен ии с	Прервал лечение, дата	
в ГБУЗ СО «Противотуберкулёзный диспансер» и его подразделения											
в ГБУЗ СО «Областной кожно-венерологический диспансер и его подразделения											
в ГАУЗ СО «ОЦ СПИД» и его подразделения											
ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница» и её подразделения											

*Заполняется ответственной медицинской организацией ежеквартально к 5 числу за отчетным и отправляется в специализированные организации по ViPNet «Деловая почта»

18.4. Организация

эпидемиологического расследования случаев ВИЧ-инфекции и сбора эпиданамнеза при инфекционных заболеваниях (туберкулез, сифилис, лепра) у иностранных граждан и лиц без гражданства, проходивших медицинское освидетельствование

в _____ за _____ квартал 20 ____ г.
(название медорганизации)

[illegible]

Заполняется ответственной медицинской организацией ежеквартально к 5 числу за отчетным отправляется в специализированные организации по ViPNet «Деловая почта»