*Приложение № 1 к письму*

*Департамента социального развития*

*от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_*

*Штамп медицинской организации*

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение врачей-специалистов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***№ п/п*** | ***Врач-специалист, наименования лабораторных исследований*** | ***Данные о состоянии здоровья, дата, подпись врача, печать*** |
|  | Врач-терапевт |  |
|  | Врач-онколог (в случае имеющегося злокачественного новообразования указать о наличии/отсутствии обильных выделений) |  |
|  | Врач-фтизиатр  сведения о результатах обследования на туберкулез (с приобщением данных флюорографического исследования (рентген)  (флюроархив)) |  |
|  | Врач-офтальмолог |  |
|  | Врач-хирург |  |
|  | Врач-психиатр |  |
|  | Врач – психиатр-нарколог |  |
|  | Врач-дерматовенеролог |  |
|  | Результаты лабораторных исследований на инфекции (заболевания), передающиеся половым путем |  |
|  | Результаты лабораторных исследований на яйца гельминтов \* |  |
|  | Результаты лабораторных исследований на группу возбудителей кишечных инфекций \* |  |
|  | Результаты лабораторных исследований на дифтерию, брюшной тиф |  |

**\*Результаты лабораторных исследований (пункты 10,11,12) действительны в течение 14 дней с момента забора материала для исследования.**

**Заключение врачебной комиссии**

**от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_**

**О наличии (отсутствии) у гражданина психического расстройства и рекомендуемом типе организации социального обслуживания населения** *(указать тип стационарного учреждения: дом-интернат для престарелых и инвалидов; специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов; психоневрологический интернат, детский психоневрологический дом-интернат)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключительный развернутый диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинские противопоказания к принятию на обслуживание в стационарную организацию социального обслуживания **отсутствуют / имеются\*\*.**

**Основания для постановки перед судом вопроса о признании**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **недееспособным**

(ФИО гражданина)

**отсутствуют (имеются)** *(указывается при направлении в психоневрологический интернат).*

**Для лица, признанного в установленном порядке недееспособным -**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО недееспособного гражданина)

**по своему состоянию не способен подать личное заявление**

*(указывается в отношении* ***недееспособных*** *граждан в случае отсутствия возможности по состоянию здоровья выразить свою волю)*

подпись председателя ВК расшифровка подписи

подпись членов ВК расшифровка подписи

**Печать врачебной комиссии**

**Срок действия заключения до 1 года**

**\*\* перечень медицинских противопоказаний установлен приказом Минздрава России от 29.04.2015 № 216н.**

*Приложение № 2 к письму*

*Департамента социального развития*

*от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_*

**Перечень лабораторных исследований и документов, необходимых для направления гражданина на стационарное социальное обслуживание:**

1. Справка от дерматовенеролога об отсутствии инфекций, передающихся половым путем.

2. Данные обследования на туберкулез (в случае постановки диагноза приобщаются данные флюорографического исследования, флюорографического архива).

3. Результаты лабораторных исследований:

3.1. на группу возбудителей кишечной инфекции;

3.2. на дифтерию;

3.3. на яйца гельминтов;

3.4. крови на RW; гепатит В, С; ВИЧ;

3.5. крови, мочи (общий анализ).

4. Справка медицинской организации об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства (действительна не более 3-х дней со дня выдачи).

6. Выписка из истории болезни.

7. Выписка из амбулаторной карты (амбулаторная карта).

**8. результат тестирования на новую коронавирусную инфекцию.**

Результаты лабораторных исследований, указанные в пунктах 3.1.; 3.2.; 3.3., действительны в течение 14 дней с момента забора материала для исследования.

Результаты лабораторных исследований, указанные в пункте 8, действительны в течение 5 дней с момента забора материала для исследования.