



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Министерство здравоохранения Ростовской области

П Р И К А З

28.08.2023

№ 2060

г. Ростов-на-Дону

О выдаче справок о состоянии здоровья для граждан, нуждающихся в социальном обслуживании в стационарной, полустационарной формах социального обслуживания, а также в форме социального обслуживания на дому

В соответствии с постановлением Правительства Ростовской области от 27.11.2014 № 785 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг», Приказом Минздрава России от 14.09.2020 № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений», Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 24.12.2020 № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг», приказом Минздрава России от 02.05.2023 № 202н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить форму справки медицинской организации о состоянии здоровья гражданина (для признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании в стационарной, полустационарной формах социального

обслуживания, а также в форме социального обслуживания на дому), согласно приложению к настоящему приказу.

2. Главным врачам медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечить оформление:

2.1. Справки медицинской организации о состоянии здоровья гражданина (для признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании в стационарной, полустационарной формах социального обслуживания, а также в форме социального обслуживания на дому), согласно приложению к настоящему приказу;

2.2. Медицинской справки для поступающего в организацию социального обслуживания по уходу с обеспечением проживания со сведениями о результатах обследования в соответствии с требованиями Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 24.12.2020 № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг».

2.3. Заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра Е.Д. Теплякову.

Министр



Ю.В. Кобзев

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

(ОГРН медицинской организации)

СПРАВКА

медицинской организации о состоянии здоровья гражданина
(для признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании в
стационарной, полустационарной формах социального обслуживания, а также
в форме социального обслуживания на дому)

от _____

№ _____

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения: _____ (число, месяц, год).
3. Инвалидность: да/нет (нужное подчеркнуть).
4. Адрес места жительства (места пребывания) _____

5. сведения о степени утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста:

5.1. степени утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание:

полностью	<input type="checkbox"/>	да/нет
частично	<input type="checkbox"/>	да/нет
нуждается в постоянном постороннем уходе	<input type="checkbox"/>	да/нет

5.2. степень передвижения:

самостоятельно	<input type="checkbox"/>	да/нет
с посторонней помощью	<input type="checkbox"/>	да/нет
с помощью вспомогательных средств (трость, костыль, кресло-коляска и др.)	<input type="checkbox"/>	да/нет
не способен к самостоятельному передвижению	<input type="checkbox"/>	да/нет
находится на постельном режиме	<input type="checkbox"/>	да/нет

5.3. Способность обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста, наличия инвалидности:

может	<input type="checkbox"/>	да/нет
частично	<input type="checkbox"/>	да/нет
не может	<input type="checkbox"/>	да/нет

М.П. _____

/ _____
(Ф.И.О. /подпись уполномоченного лица)