***О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 09.06.2022 № 1290-п «Об организации оказания медицинской помощи детям по профилю «гастроэнтерология» на территории Свердловской области»***

В соответствии со статьей 101 Областного закона от 10 марта 1999 года № 4-ОЗ
«О правовых актах в Свердловской области»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести следующее изменение в положение об Областном детском центре синдрома короткой кишки, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 09.06.2022 № 1290-п «Об организации оказания медицинской помощи детям по профилю «гастроэнтерология» на территории Свердловской области» («Официальный интернет-портал правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru), 2022, 10 июня, № 34938):

приложение № 1 изложить в новой редакции (прилагается).

2. Настоящий приказ опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru) в течение десяти дней с момента подписания.

3. Копию настоящего приказа направить в Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области и в прокуратуру Свердловской области в течение семи дней после дня первого официального опубликования.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Е.А. Чадову.

Министр А.А. Карлов

|  |
| --- |
| Приложение |
| к приказу Министерства |
| здравоохранения |
| Свердловской области |
| от**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**№**\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| Приложение № 1 |
| к Положению об Областном детском центре синдрома короткой кишки  |

**Извещение № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**на включение в Общероссийский онлайн регистр детей с СКК**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. СНИЛС** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. Фамилия при рождении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Дата рождения:** | **число** |  |  | **месяц** |  |  | **год** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Пол** | **М** |  | **Ж** |  |

**6. Адрес места жительства (проживания):**

**7. Документ, удостоверяющий личность (паспорт, для детей до 14 лет - свидетельство о рождении)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **наименование документа** | **свидетельство о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **серия** |  |  |  |  | **№** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **дата выдачи:** | **число** |  |  | **месяц** |  |  | **год** |  |  |  |  |

**наименование организации, выдавшей документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. Серия и номер страхового полиса ОМС** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **наименование страховой медицинской организации, его выдавшей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Данные о родителях или законных представителях (ФИО, контактный телефон, паспортные данные, СНИЛС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **10. Диагноз заболевания (состояние)** |  | **код по МКБ-10** |  |  |  |  |

**11. Наличие инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**12. Наименование медицинской организации, в которой впервые установлен диагноз заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**13. Данные об оперативном вмешательстве и послеоперационном периоде**

|  |  |
| --- | --- |
| **Этиология заболевания приведшего к СКК** |  |
| **Объем резекции** |  |
| **Остаточная длина тонкой кишки** |  |
| **Наличие илеоцекального угла** |  |
| **Остаточная длина толстой кишки** |  |
| **Количество оперативных вмешательств (название, дата)** |  |
| **Количество дней на ПП** |  |

**14. Врач, выдавший направление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата:** | **число** |  |  | **месяц** |  |  | **год** |  |  |  |  |

***О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 09.06.2022 № 1290-п «Об организации оказания медицинской помощи детям по профилю «гастроэнтерология» на территории Свердловской области»***

|  |
| --- |
|  |
|  |
| Должность | Фамилия и инициалы | Сроки и результаты согласования |
|  |  | Дата поступления на согласование | Дата согласования | Замечания и подпись |
| Заместитель Министра | Чадова Е.А. |  |  |  |
| Начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям | Савельева Е.В. |  |  |  |
| Начальник отдела реализации государственной политики в сфере здравоохранения | Степанова З.Ф. |  |  |  |
| Начальник юридического отдела | Белошевич С.О. |  |  |  |

Исполнитель: Максимова Д.С., тел. 3120003 доб. 845

**Приказ разослать:**

* отдел организации медицинской помощи матерям и детям
* Руководителям МО СО