



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

12.05.2012г

№ 527-п

г. Екатеринбург

О совершенствовании системы организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства и подготовки документов по принятию решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации

В целях реализации постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации Онищенко Г.Г. от 14.12.2007г. № 86 «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства», Постановления Правительства Свердловской области от 15.09.2008г. № 980-ПП «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области», приказа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 14.09.2010г. № 336 «О порядке подготовки, представления и рассмотрения в системе Роспотребнадзора материалов по принятию решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации», Санитарных правил СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) перечень уполномоченных медицинских учреждений государственной и муниципальной формы собственности, проводящих медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства на ВИЧ-инфекцию (приложение №1);

2) состав и положение о работе рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю за исполнением мероприятий по организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (приложение № 2);

3) положение о работе врачебной комиссии медицинского учреждения, проводящего медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного постановлением Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 г. №188 «О перечне

инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранными гражданами и лицами без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации» (приложение №3);

4) положение о порядке проведения медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства для получения разрешения на временное проживание, вида на жительство и разрешения на работу на территории Свердловской области (приложение № 4);

5) формы документов, подтверждающих прохождение медицинского освидетельствования и формы врачебных свидетельств, оформляемых при проведении дообследования в специализированных учреждениях (приложение № 5);

6) порядок подготовки медицинскими учреждениями, проводящими медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства материалов в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых выявлены инфекционные заболевания согласно перечню к постановлению Правительства РФ от 02.04.2003г. №188 (приложение № 6);

7) формы документов, необходимые для организации профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также формы, необходимые для осуществления медицинских манипуляций (приложение № 7):

бланки медицинских заключений о факте выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного перечнем постановления Правительства РФ от 02.04.2003г. №188 (приложения № 7.1, №7.2, №7.3);

бланк решения врачебной комиссии о направлении в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области пакета документов для подготовки решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации (приложение № 7.4);

бланк решения о возможности и целесообразности проведения курса лечения иностранного гражданина либо лица без гражданства на территории Российской Федерации (приложение № 7.5);

бланк уведомления иностранного гражданина или лица без гражданства о выявленных у него в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваниях, опасных для населения, и направлении его на дообследование в специализированное медицинское учреждение (приложение № 7.6);

бланк направления иностранного гражданина или лица без гражданства на дообследование в специализированное медицинское учреждение при выявлении (подозрении) туберкулеза, сифилиса, хламидийной лимфогранулемы, шанкроида, лепры (приложение № 7.7);

бланк уведомления иностранного гражданина или лица без гражданства о выявлении у него в ходе медицинского освидетельствования инфекционного заболевания (подозрения на инфекционное заболевание), об ответственности за сокрытие контактных лиц (приложение № 7.8);

карта эпидрасследования случая ВИЧ-инфекции (приложение № 7.9);

информация о факте сокрытия источников инфекции и контактных лиц иностранным гражданином и лицом без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлены ВИЧ-инфекция, туберкулез, сифилис, хламидийная лимфогранулема, лепра (приложение 7.10).

8) отчетные формы (приложение № 8):

отчет о количестве иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медосвидетельствование в медицинском учреждении и количестве случаев инфекционных заболеваний и подозрений на инфекционные заболевания, выявленных среди них (приложение № 8.1);

отчет по иностранным гражданам и лицам без гражданства, у которых при медицинском освидетельствовании выявлены инфекционные заболевания (подозрения) и сведения о дообследовании иностранных граждан в специализированных учреждениях (приложение № 8.2);

список иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и получивших акт медицинского освидетельствования (приложение № 8.3);

отчет об использовании бланков сертификатов при проведении обследований на наличие антител к ВИЧ иностранных граждан и лиц без гражданства (приложение № 8.4);

2.Руководителям уполномоченных медицинских учреждений государственной и муниципальной формы собственности, проводящих медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства на ВИЧ-инфекцию, указанных в приложении №1:

1) создать при учреждении врачебную комиссию по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного постановлением Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 г. №188, назначить по учреждению заместителя руководителя и других лиц, ответственных за проведение медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства на ВИЧ-инфекцию и внести в должностные инструкции соответствующие изменения и дополнения;

2) обеспечить выполнение Положения о порядке проведения медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства для получения разрешения на временное проживание, вида на жительство и разрешения на работу на территории Свердловской области (приложение № 4);

4) обеспечить обслуживание и поддержание в должном состоянии программного средства по персонифицированному учету иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию;

5) обеспечить в оперативном режиме направление в территориальные отделы Управления Роспотребнадзора по Свердловской области пакета документов для подготовки решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации в соответствии с приложением № 6;

6) обеспечить предоставление в территориальные отделы Управления Роспотребнадзора по Свердловской области ежемесячного отчета о

количестве иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медосвидетельствование в медицинском учреждении и количестве случаев инфекционных заболеваний и подозрений на инфекционные заболевания, выявленных среди них в соответствии с приложением № 8.1;

7) обеспечить предоставление в ежедневном режиме в ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр» на электронных носителях или по электронной почте с использованием защищенного канала «Список иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и получивших акт медицинского освидетельствования» по форме приложения № 8.3;

8) обеспечить предоставление отчетов об использовании бланков сертификатов об обследовании на наличие антител к ВИЧ в ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» – ежемесячно к 25 числу отчетного месяца, на бумажном и электронном носителях (приложение № 8.4);

9) обеспечить организацию проведения комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий при выявлении у иностранного гражданина или лица без гражданства в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваний в соответствии с требованиями санитарного законодательства, включая обследование контактных, при необходимости проведение профилактического лечения контактных и проведения заключительной дезинфекции в очаге инфекционного заболевания.

10) в ежемесячном режиме проводить анализ работы учреждения по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства на ВИЧ-инфекцию.

3. Руководителям медицинских учреждений, проводящих медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства на туберкулез, сифилис, лепру, хламидийную (паховую) лимфогранулему, шанкроид, а также наркологическое освидетельствование:

1) создать при учреждении врачебную комиссию по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного перечнем постановления Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 г. №188, назначить по учреждению лиц, ответственных за проведение медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства на туберкулез, сифилис, хламидийную лимфогранулему, шанкроид, лепру, наркологическое освидетельствование с заполнением соответствующих форм медицинских документов и внести в должностные инструкции соответствующие изменения и дополнения;

2) обеспечить выполнение Положения о порядке проведения медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства для получения разрешения на временное проживание, вида на жительство и разрешения на работу на территории Свердловской области (приложение №4);

3) обеспечить предоставление, к 1 числу месяца, следующего за отчетным, в адрес руководителей ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» отчета по иностранным гражданам и лицам без гражданства, у которых в ходе

медицинского освидетельствования выявлены инфекционные заболевания (подозрения) в соответствии с приложением № 8.2 на электронном и бумажном носителях;

4) обеспечить обслуживание и поддержание в должном состоянии программного средства по персонифицированному учету иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование на туберкулез, сифилис, лепру, хламидийную лимфогранулему, шанкرويد;

5) обеспечить в оперативном режиме направление в территориальные отделы Управления Роспотребнадзора по Свердловской области пакета документов для подготовки решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации в соответствии с приложением № 6 (п.3);

6) обеспечить предоставление в территориальные отделы Управления Роспотребнадзора по Свердловской области ежемесячного отчета о количестве иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медосвидетельствование в медицинском учреждении и количестве случаев инфекционных заболеваний и подозрений на инфекционные заболевания, выявленных среди них в соответствии с приложением № 8.1;

7) обеспечить предоставление в ежедневном режиме в ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр» на электронных носителях или по электронной почте с использованием защищенного канала «Список иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и получивших акт медицинского освидетельствования» по форме приложения № 8.3;

8) обеспечить организацию проведения комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий при выявлении у иностранного гражданина в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваний в соответствии с требованиями санитарного законодательства, включая обследование контактных, при необходимости проведение профилактического лечения контактных и проведения заключительной дезинфекции в очаге инфекционного заболевания;

9) в ежемесячном режиме проводить анализ работы учреждения по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства.

4. Главному врачу ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Подымовой А.С.:

1) обеспечить организационно-методическое руководство в части организации и проведения медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию иностранных граждан и лиц без гражданства, обращающихся в медицинские учреждения государственной и муниципальной формы собственности, проводящие медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию;

2) обеспечить централизованную выдачу уполномоченным медицинским учреждениям государственной и муниципальной формы собственности, проводящим медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без

гражданства на ВИЧ-инфекцию на территории Свердловской области сертификатов (со степенью защиты и порядковыми номерами), подтверждающих отсутствие или наличие антител к ВИЧ.

5. Директору ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер» Цветкову А.И.:

1) 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 медицинских учреждениях выявлено подозрение на туберкулез в соответствии с приложением № 4;

2) назначить лицо, ответственное за сбор, анализ информации, полученной из медицинских учреждений, проводящих освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства на туберкулез, а также проведение сверок с указанными учреждениями;

3) ежемесячно, к 5 числу следующего за отчетным месяцем проводить анализ представленных из медицинских учреждений, проводящих освидетельствование иностранных граждан, пофамильных списков иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых при медицинском освидетельствовании выявлено инфекционное заболевание (подозрение) на туберкулез, и сведения о дообследовании в соответствии с приложением № 8.2;

4) в ежемесячном режиме проводить анализ работы по дообследованию и лечению иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых в ходе медицинского освидетельствования в медицинских учреждениях выявлен туберкулез.

6. Главному врачу ГБУЗ «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» Гиршу В.А.:

1) обеспечить организацию дообследования и, в случае необходимости, лечение с оформлением соответствующих документов на иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых в ходе медицинского освидетельствования в медицинских учреждениях выявлены инфекционные заболевания (подозрения) на сифилис, хламидийную лимфогранулему, шанкроид, лепру в соответствии с приложением №4;

2) назначить лицо, ответственное за сбор, анализ информации, полученной из медицинских учреждений, проводящих медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства, а также проведение сверок с указанными учреждениями;

3) ежемесячно, к 5 числу следующего за отчетным месяцем проводить анализ представленных из учреждений, проводящих медицинское освидетельствование иностранных граждан пофамильных списков иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых при медицинском освидетельствовании выявлено инфекционное заболевание (подозрение) на сифилис, хламидийную лимфогранулему, лепру, шанкроид и сведения о дообследовании в соответствии с приложением № 8.2;

4) в ежемесячном режиме проводить анализ работы подведомственного учреждения по дообследованию и лечению иностранных граждан и лиц без

гражданства, у которых в ходе медицинского освидетельствования выявлены сифилис, хламидийная лимфогранулема, лепра, шанкроид.

7. Директору ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр» Федорову С.А.:

1) в срок до 01.07.2012г. разработать и в течение 2012 года внедрить в медицинских учреждениях, проводящих медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства программное средство по персонифицированному учету данных о прохождении медицинского освидетельствования иностранными гражданами и лицами без гражданства.

2) обеспечить ежедневный прием и свод информации о иностранных гражданах, прошедших медицинское освидетельствование и получивших акт медицинского освидетельствования в соответствии с приложением № 8.3;

3) обеспечить ежедневное предоставление ответственному должностному лицу в Управление Федеральной Миграционной службы России по Свердловской области сведений о иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и выданных актах медицинского освидетельствования в соответствии с приложением № 8.3 на электронном и бумажном носителе;

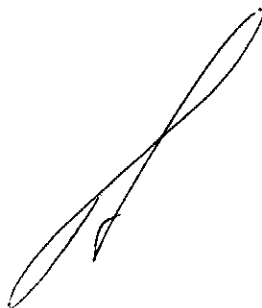
4) к 1 числу месяца следующего за отчетным месяцем информировать рабочую группу Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю за исполнением мероприятий по организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства, в части информации об учреждениях, не представивших в установленные сроки сведения о иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование в уполномоченных учреждениях и выданных актах медицинского освидетельствования;

5) в срок до 01.07.2012г. совместно с главным врачом ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ» Подымовой А.С. подготовить Соглашение (Министерство здравоохранения Свердловской области, Управление Федеральной Миграционной службы России по Свердловской области, Управление Роспотребнадзора по Свердловской области) по обмену информацией.

8. Считать утратившим силу приказ министра здравоохранения Свердловской области от 28.06.2011г. № 650-п «О совершенствовании системы организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства и подготовки документов по принятию решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации».

9. Контроль за исполнением данного приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Свердловской области Д.Р. Медведскую.

Министр



А.Р. Белявский

Перечень уполномоченных медицинских учреждений государственной и муниципальной формы собственности, проводящих медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства на ВИЧ-инфекцию

Горнозаводской Управленческий округ:

- Филиал государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ» в г. Н.Тагил;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Невьянская центральная районная больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнесалдинская центральная городская больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Кировградская центральная городская больница».

Западный Управленческий округ:

- Филиал государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ» в г.Первоуральск;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Ревдинская городская больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Полевская центральная городская больница».

Восточный Управленческий округ:

- Филиал государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ» в г. Ирбит;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Алапаевская центральная городская больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Алапаевская центральная районная больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Артемовская центральная районная больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Тавдинская центральная районная больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Талицкая центральная районная больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Камышловская центральная районная больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Пышминская центральная районная больница»;

Северный Управленческий округ:

- Филиал государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ» в г.Серов;

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Краснотурьинская городская больница №1»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Красноуральская городская больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Качканарская центральная городская больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Североуральская центральная городская больница»;

Южный Управленческий округ:

- Филиал государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ» в г. К.Уральский;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Богдановичская центральная районная больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Белоярская центральная районная больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Сухоложская центральная районная больница»;

Вне округов:

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ» г.Екатеринбург;
- МАУЗ «Центральная городская больница №3» (г.Екатеринбург);
- МБУ «Центральная городская больница №7» (г.Екатеринбург);
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Режевская центральная районная больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Арамилская городская больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Березовская центральная городская больница»;
- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Сысертская центральная районная больница»;

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

Медведская Д.Р. – заместитель министра – председатель рабочей группы;
Попов А.Н.- начальник отдела первичной и скорой медицинской помощи;
Базите И.И.– главный эпидемиолог Министерства здравоохранения Свердловской области;

Пономаренко Н.Ю. – заведующая отделом клинической эпидемиологии ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ», секретарь рабочей группы;

Федоров С.А.- директор ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр»;

Цветков А.И. – директор ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер»;

Подымова А.С. – главный врач ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ»;

Гирш В.А. – главный врач ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер».

**Положение о работе
рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области по
контролю за исполнением мероприятий по организации медицинского
освидетельствования иностранных граждан
и лиц без гражданства**

1. Деятельность рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю за исполнением 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 медицинских учреждениях, осуществляющих данную процедуру;

3) анализ представляемых в ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр» отчетов по результатам медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (в ежемесячном, ежеквартальном режиме).

4) разбор спорных и сложных случаев, возникающих при проведении медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства, рассмотрение жалоб, обращений, поступающих в Министерство здравоохранения.

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 месяц.

6. Деятельность рабочей группы прекращается по приказу Министра здравоохранения Свердловской области.

Положение о работе врачебной комиссии медицинского учреждения, проводящего медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного постановлением Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 г. №188 «О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранными гражданами и лицами без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации»

1. Комиссия учреждения, проводящего медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства по принятию Решения по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного перечнем постановления Правительства Российской Федерации от 02.04.2003г. № 188 (далее Комиссия) создается в каждом медицинском учреждении, проводящем медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства.

2. В своей деятельности Комиссия руководствуется действующим законодательством и настоящим Положением.

3. Комиссия, с учетом тяжести клинических проявлений заболевания, степени эпидемиологической опасности больного как источника инфекции, эпидемиологической оценки бытового и профессионального очага инфекционного заболевания, возможности, в том числе финансовой, обеспечения лечения и излечения данного заболевания, принимает:

1) решение о направлении в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области пакета документов для подготовки решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации (приложение № 7.4);

2) решение о возможности и целесообразности проведения курса лечения иностранного гражданина либо лица без гражданства на территории Российской Федерации (приложение № 7.5) с указанием сроков лечения и контрольных мероприятий. Обстоятельства, послужившие основанием для принятия решения о целесообразности лечения иностранного гражданина или лица без гражданства на территории Свердловской области, и порядок его лечения указываются в протоколе Комиссии .

4. Комиссия проводит:

1) анализ полноты и качества проводимых диагностических, лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий при выявлении у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного перечнем постановления Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 г. №188 «О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранными гражданами и

лицами без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации»;

2) контроль за своевременностью и качеством оформления и представления в территориальные отделы Управления Роспотребнадзора по Свердловской области пакета документов для подготовки решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства при выявлении у него инфекционного заболевания, предусмотренного постановлением Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 г. №188;

5. Решения Комиссии принимаются большинством голосов, оформляются протоколом, который подписывается председателем и секретарем Комиссии;

6. Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствует более половины членов Комиссии.

7. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

8. Деятельность комиссии прекращается по приказу главного врача медицинского учреждения.

**Положение о порядке проведения медицинского освидетельствования
иностранных граждан и лиц без гражданства для получения разрешения на
временное проживание, вида на жительство и разрешения на работу на
территории Свердловской области**

1. Медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства для получения разрешения на проживание и (или) трудовую деятельность на территории РФ при обращении в учреждение здравоохранения, проводящее медицинское освидетельствование, осуществляется в соответствии с нормативно-правовыми документами Правительства Российской Федерации, Правительства Свердловской области, Министерства здравоохранения Свердловской области.

2. Медицинское освидетельствование, дообследование и лечение иностранных граждан и лиц без гражданства проводится за счет личных средств иностранных граждан и лиц без гражданства или за счет средств работодателя (по договору). Перед проведением медицинских процедур, необходимых для медицинского освидетельствования у иностранного гражданина или лица без гражданства берется информированное согласие в соответствии с приложением № 4.1.

3. Приказом по учреждению определяется ответственное лицо по проведению освидетельствования, выдаче справок (заключений), актов медицинского освидетельствования.

4. На каждого иностранного гражданина и каждое лицо без гражданства, обратившееся в учреждение здравоохранения, проводящее медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства, заполняется амбулаторная карта (форма 025/у), в которой отражается эпидемиологический анамнез пациента, все результаты исследований и осмотров специалистов, дата и номер акта медицинского освидетельствования.

Акт медицинского освидетельствования выдается при наличии трех врачебных заключений (рентгенолога, психиатра-нарколога, дерматовенеролога) и сертификата об отсутствии ВИЧ-инфекции.

5. Если у иностранного гражданина или лица без гражданства в ходе медицинского освидетельствования выявляется инфекционное заболевание и (или) факт употребления наркотических и психотропных веществ, то акт медицинского освидетельствования не выдается.

Иностранец (лицо без гражданства) направляется в специализированное государственное учреждение здравоохранения Свердловской области для прохождения дообследования и лечения, при этом в амбулаторную карту вклеиваются:

- уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявленных в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваниях, опасных для населения и направлении его на дообследование (приложение №7.6);

- направление иностранного гражданина или лица без гражданства на дообследование (приложение № 7.7), затем при последующей явке – результат дообследования;

- уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявлении у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное

заболевание (подозрение), об ответственности за сокрытие контактных лиц (приложение № 7.8).

-информация о факте сокрытия контактных лиц иностранным гражданином или лицом без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение) (приложение № 7.10).

При выявлении ВИЧ-инфекции заполняется карта эпидрасследования случая ВИЧ- инфекции (приложение № 7.9).

6. Все случаи инфекционных заболеваний, выявленные у иностранных граждан и лиц без гражданства, должны регистрироваться в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. N 60 - леч.).

При выявлении (подозрении) у иностранных граждан и лиц без гражданства в учреждении, проводящем медицинское освидетельствование туберкулеза, сифилиса, прочих инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в установленные сроки подается предварительное экстренное извещение (ф. 058/у) и информация о контактных лицах в отделы регистрации инфекционных заболеваний филиалов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» по месту временной регистрации в Свердловской области, а для лиц, имеющих временную регистрацию в г. Екатеринбурге - в Центральный Екатеринбургский филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области.

После установления окончательного диагноза передается окончательное экстренное извещение (за исключением туберкулеза) в соответствии с МКБ 10 пересмотра и сведения о контактных лицах в отделы регистрации инфекционных заболеваний филиалов ФБУЗ «ЦГиЭ в Свердловской области» по месту временной регистрации в Свердловской области, а для лиц, имеющих временную регистрацию в г. Екатеринбурге - в Центральный Екатеринбургский филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области.

При выявлении у иностранного гражданина ВИЧ-инфекции экстренное извещение передается по результатам иммунного блотинга.

7. Если иностранный гражданин или лицо без гражданства уклоняется от дообследования и лечения, то Комиссией учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, выносится решение по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного перечнем постановления Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 г. №188 по форме приложения № 3.1. и направляется в территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Свердловской области.

8. Забор и исследование биологической жидкости (мочи) на наличие **наркотических, психотропных веществ** осуществляется одним из методов химикотоксикологического исследования. Забор исследуемой биологической жидкости (мочи) должен осуществляться в условиях, исключающих ее подмену и разбавление.

В спорных клинических ситуациях врач психиатр-нарколог направляет иностранного гражданина или лицо без гражданства в специализированное наркологическое (психиатрическое) медицинское учреждение. Акт медицинского освидетельствования не выдается.

9. Для выявления **заболевания туберкулезом** у иностранных граждан и лиц без гражданства проводится:

- взрослым - флюорографическое обследование органов грудной клетки в прямой проекции, а лицам старше 40 лет в двух проекциях - прямой и левой боковой;
- детям от 15 до 18 лет проводится флюорографическое обследование органов грудной клетки в прямой проекции;

- детям до 15 лет проводится проба Манту и рентгенологическое обследование (обзорный снимок).

При отсутствии рентгенологических признаков туберкулеза результаты обследования (дата, номер и заключение) вносятся в амбулаторную карту (учетная форма N 025/У) и в акт медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства.

При подозрении на туберкулез в учреждении, проводящем медицинское освидетельствование, иностранные граждане и лица без гражданства направляются к фтизиатру в государственное учреждение здравоохранения Свердловской области для подтверждения (снятия) диагноза и выдачи врачебного свидетельства о выявлении (отсутствии) туберкулеза. В амбулаторную карту иностранного гражданина и лица без гражданства вклеивается уведомление о выявленных в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваниях и направлении его на дообследование, затем при последующей явке – результат дообследования.

Врачом учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, в течение 12 часов подается предварительное экстренное извещение по ф. 058-у и информация о контактных лицах в филиалы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» по месту регистрации иностранного гражданина или лица без гражданства.

Врачом-фтизиатром государственного учреждения здравоохранения Свердловской области, осуществляющего дообследование, при снятии диагноза «туберкулез» передается извещение о снятии диагноза, при подтверждении диагноза - передается окончательное экстренное извещение и информация о контактных лицах в филиалы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» по месту регистрации иностранного гражданина. Иностранному гражданину или лицу без гражданства выдается врачебное свидетельство, второй экземпляр - вклеивается в амбулаторную карту.

Врач-фтизиатр государственного учреждения здравоохранения Свердловской области дополнительно организует проведение клинического, рентгенотомографического, микробиологического обследования (3х кратная бактериоскопия на кислотоустойчивые микобактерии туберкулеза), кожной иммунобиологической пробы Диаскинтест с занесением результатов обследования в амбулаторную карту (ф. 025-у).

Дообследование и лечение иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых выявлен туберкулез, осуществляется на платной основе за счет личных средств иностранных граждан и лиц без гражданства или средств работодателя.

10. Заключение об отсутствии признаков сифилиса, хламидийной лимфогранулемы, лепры, шанкроида выдается врачом-дерматовенерологом, проводившим освидетельствование после клинико-лабораторного обследования:

- для исключения лепры проводится визуальный осмотр кожных покровов, при котором отмечают 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. В случае выявления пациентов с подозрением на данное заболевание их необходимо направить в ГБУЗ СО "Свердловский областной кожно-венерологический диспансер";

- для исключения хламидийной лимфогранулемы - визуальный осмотр кожных покровов над лимфатическими узлами, в подозрительных случаях - лабораторное исследование на хламидии методом ИФА-диагностики или ПЦР-диагностики;

- для исключения шанкроида - визуальный осмотр половых органов, пальпация региональных лимфатических узлов. Характерные клинические признаки: множественные язвы на половых органах с неровными краями, с гнойным отделяемым, отеком окружающей ткани. Региональные лимфатические узлы увеличены, болезненны. В случае выявления подозрительных больных подтверждать лабораторной диагностикой - мазок с окраской по Романовскому-Гимза;

- для исключения сифилиса - сбор анамнеза, визуальный осмотр, лабораторное обследование комплексом методов: реакция микропреципитации (РМП) + иммуноферментный анализ крови (ИФА). Два экземпляра персонифицированных направлений на исследование на сифилис вместе с образцами крови доставляются в лабораторию, результат обследования вклеивается в амбулаторную карту.

При выявлении положительных результатов РМП и ИФА на сифилис пациента необходимо направить в специализированное государственное учреждение здравоохранения Свердловской области для проведения дополнительного обследования.

В случае, если иностранный гражданин (лицо без гражданства) направлен в специализированное государственное учреждение здравоохранения Свердловской области, в амбулаторную карту вклеивается уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявленных в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваниях, опасных для населения и направлении его на дообследование, затем при последующей явке – результат дообследования.

Врачом дерматовенерологом учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, в течение 12 часов подается предварительное экстренное извещение по ф. 058-у и информация о контактных лицах в филиалы федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» по месту регистрации иностранного гражданина или лица без гражданства.

Дообследование и лечение иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых выявлен сифилис, хламидийная лимфогранулема, шанкроид, осуществляется на платной основе за счет личных средств иностранных граждан и лиц без гражданства или средств работодателя.

11. Обследование на наличие ВИЧ-инфекции должно включать в себя медицинский осмотр врачом-инфекционистом со сбором эпидемиологического анамнеза, исследование крови на наличие антител к ВИЧ-I и ВИЧ-II (метод ИФА тест-система для выявления антител к ВИЧ-I и ВИЧ-II), дотестовое и послетестовое консультирование. Справка (сертификат) о результатах лабораторного обследования на наличие антител к ВИЧ выдается инфекционистом (за его личной подписью), проводившим клиническое обследование с учетом результатов анализа крови.

Два экземпляра персонифицированных направлений на исследование на ВИЧ вместе с образцами крови доставляются в скрининговую лабораторию, проводящую лабораторные исследования на ВИЧ- инфекцию, результат обследования вклеивается в амбулаторную карту.

При лабораторном обнаружении ВИЧ-инфекции (положительный иммунный блотинг) в течение 12 часов подается экстренное извещение по ф.058-у в Центральный Екатеринбургский филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» (для лиц, имеющих временную регистрацию в г. Екатеринбурге), и территориальные филиалы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» по месту регистрации в области.

Карта эпидемиологического расследования на выявленных с ВИЧ-инфекцией иностранных граждан оформляется врачом-инфекционистом, (врачом-эпидемиологом, помощником эпидемиолога) уполномоченного учреждения в соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.09.2007 N 6963-РХ "Эпидемиологическое расследование случая ВИЧ-инфекции и проведение противоэпидемических мероприятий".

12. Обследование на холеру, малярию, а также другие заболевания, имеющие важное международное значение и требующие проведения комплекса мероприятий по санитарной охране территории, а также носительство дифтерии, гельминтозы проводится по клиническим показаниям и анамнестическим данным.

13. Срок действия акта медицинского освидетельствования, врачебных свидетельств о состоянии здоровья, справок, проведенных лабораторных исследований - для предъявления в структурные подразделения Управления Федеральной миграционной службы по Свердловской области - 3 месяца с даты прохождения медицинского освидетельствования .

14. Врачебные заключения специалистов об отсутствии (наличии) заболеваний, опасных для окружающих, результаты исследований хранятся в амбулаторных картах иностранных граждан и лиц без гражданства уполномоченного лечебно-профилактического учреждения в течение пяти лет, после чего амбулаторные карты уничтожаются комиссионно. Журналы (книги) учета выдачи врачебных заключений специалистов об отсутствии (наличии) заболеваний, опасных для окружающих, и актов медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства также хранятся пять лет, уничтожаются комиссионно.

15. Акт медицинского освидетельствования и сертификат об обследовании на ВИЧ-инфекцию выдаются на руки иностранному гражданину или лицу без гражданства, в амбулаторную карту иностранного гражданина или лица без гражданства вносится запись с указанием даты выдачи и номера акта медицинского освидетельствования и сертификата об обследовании на ВИЧ-инфекцию.

Штамп учреждения
Код учреждения

БЛАНК

**информированного согласия для иностранных граждан или лиц без гражданства на
проведение медицинского освидетельствования для получения разрешения на
временное проживание, вида на жительство или разрешения на работу 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, учреждение обязано подать сведения о моем здоровье
уполномоченным организациям.

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)

**Формы документов, подтверждающих прохождение медицинского
освидетельствования и формы врачебных свидетельств, оформляемых при
дообследовании в специализированных учреждениях**

Штамп учреждения
Код учреждения

**АКТ N _____
МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА ОТСУТСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ,
ОПАСНЫХ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ (ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ, ТУБЕРКУЛЕЗА, СИФИЛИСА,
ХЛАМИДИЙНОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМЫ (ВЕНЕРИЧЕСКОЙ), ШАНКРОИДА, ЛЕПРЫ И
НАРКОМАНИИ)**

Я _____ настоящим подтверждаю, что
(Name of doctor, фамилия, имя, отчество врача)

(фамилия, имя, отчество пациента по-русски) (Name of patient, имя, фамилия
латинскими буквами)

Дата (число, месяц, год) и место рождения (date of birth and birthplace)

Паспорт (N, серия, дата и место выдачи) или документ, его заменяющий
Passport (number, series, date of issue and place of issue) or a document
instead of the passport

Адрес проживания в Свердловской области (Residence address in Sverdlovskaya
oblast)

Страна постоянного (преимущественного) проживания (inhabitancy country)

Сведения о планируемом периоде пребывания в РФ (Information about the
planned residence time in the Russian Federation)

По заключению нарколога _____
(фамилия, имя, отчество врача-нарколога)
_____ от _____ 20_ г.
(указать учреждение)

рентгенолога _____
(фамилия, имя, отчество врача-рентгенолога)
_____ от _____ 20_ г.
(указать учреждение)

дерматовенеролога _____
(фамилия, имя, отчество врача-дерматовенеролога)
_____ от _____ 20_ г.
(указать учреждение)

у него (нее) при обследовании не выявлено наркомании и он (она) не страдает
ни одним из инфекционных заболеваний, представляющих опасность для
окружающих и предусмотренных Перечнем, утвержденным Правительством
Российской Федерации от 2 апреля 2003 года N 188.

Печать
дата

SIGNATURE
Подпись врача

Подпись обследованного

Акт действителен в течение трех месяцев со дня выдачи.

ФОРМА
СЕРТИФИКАТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ
НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К ВИЧ У ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ
БЕЗ ГРАЖДАНСТВА ПРИ ИХ ОБРАЩЕНИИ НА ПОЛУЧЕНИЕ
РАЗРЕШИТЕЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ НА ВЪЕЗД В РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ
НА СРОК СВЫШЕ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ДЛЯ УЧЕБЫ, ПРОЖИВАНИЯ И
ТРУДОУСТРОЙСТВА В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Форма N 082-1/у-88, утверждена МЗ СССР
07.04.1988, с дополнениями Постановления
Правительства РФ от 25.11.1995 N 1158

Штамп учреждения
Код учреждения

СПРАВКА N _____
CERTIFICATE

of test on antibodies to HIV
об обследовании на антитела к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ)

Я _____ настоящим подтверждаю, что
(Name of doctor, фамилия врача)

(фамилия, имя, отчество пациента по-русски) (Name of patient, имя, фамилия
латинскими буквами)

Дата (число, месяц, год) и место рождения date of birth and birthplace)

Паспорт (N, серия, дата и место выдачи) или документ, его заменяющий
Passport (number, series, date of issue and place of issue) or a document
instead of the passport

Адрес проживания в Свердловской области (Residence address in Sverdlovskaya
oblast)

Страна постоянного (преимущественного) проживания (inhabitancy country)

Сведения о планируемом периоде пребывания в РФ (Information about the
planned residence time in the Russian Federation)
was tested on _____
был проверен (date) (дата)

Название и серия диагностикума, с помощью которого проводились исследования
For the presence in his/her blood of antibodies to the human
immunodeficiency virus and that the result of the test was **NEGATIVE**
на наличие антител к ВИЧ с отрицательным результатом

Печать
дата

SIGNATURE
Подпись врача

Подпись обследованного

Примечание: настоящая справка выдается лечебно-профилактическим
учреждением, которое направляло кровь на исследование.

Справка действительна в течение трех месяцев со дня выдачи.

Форма N 082-1/у-88, утверждена МЗ СССР
07.04.1988, с дополнениями Постановления
Правительства РФ от 25.11.1995 N 1158

Штамп учреждения
Код учреждения

СПРАВКА N _____
CERTIFICATE

of test on antibodies to HIV
об обследовании на антитела к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ)

Я _____ настоящим подтверждаю, что
(Name of doctor, фамилия, имя, отчество врача)

(фамилия, имя, отчество пациента по-русски) (Name of patient, имя, фамилия
латинскими буквами)

Дата (число, месяц, год) и место рождения date of birth and birthplace)

Паспорт (N, серия, дата и место выдачи) или документ, его заменяющий
Passport (number, series, date of issue and place of issue) or a document
instead of the passport

Адрес проживания в Свердловской области (Residence address in Sverdlovskaya
oblast)

Страна постоянного (преимущественного) проживания (inhabitancy country)

Сведения о планируемом периоде пребывания в РФ (Information about the
planned residence time in the Russian Federation)

was tested on _____
был проверен (date) (дата)

Название и серия диатностикума, с помощью которого проводились исследования
For the presence in his/her blood of antibodies to the human
immunodeficiency virus and that the result of the test was **POSITIVE**
на наличие антител к ВИЧ с положительным результатом, зарегистрированным
в областной базе данных под N _____

Печать
дата

SIGNATURE
Подпись врача

Подпись обследованного

Примечание: настоящая справка выдается лечебно-профилактическим
учреждением, которое направляло кровь на исследование.

Справка действительна в течение трех месяцев со дня выдачи.

**ФОРМА
ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ,
ВЫДАВАЕМОГО ВРАЧОМ ПСИХИАТРОМ-НАРКОЛОГОМ**

Штамп учреждения

Код учреждения

СПРАВКА N _____
(CERTIFICATE)

О ПРОХОЖДЕНИИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА НАЛИЧИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРКОМАНИЕЙ

Я _____ настоящим подтверждаю, что
(Name of doctor, фамилия врача)

(фамилия, имя, отчество пациента по-русски) (Name of patient, имя, фамилия латинскими буквами)

Дата (число, месяц, год) и место рождения date of birth and birthplace)

Паспорт (N, серия, дата и место выдачи) или документ, его заменяющий
Passport (number, series, date of issue and place of issue) or a document instead of the passport

Адрес проживания в Свердловской области (Residence address in Sverdlovskaya oblast)

Страна постоянного (преимущественного) проживания (inhabitancy country)

was tested on _____
был проверен _____ (date) (дата)

у него (нее) при медицинском обследовании **не выявлено наркомании**

Подпись _____
врача психиатра-нарколога

SIGNATURE

Подпись _____
обследованного

Дата: "___" _____ 200_ г.

Печать ЛПУ

Справка действительна в течение трех месяцев со дня выдачи.

Штамп учреждения
Код учреждения

СПРАВКА N _____
CERTIFICATE

О ПРОХОЖДЕНИИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА НАЛИЧИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРКОМАНИЕЙ

Я _____ настоящим подтверждаю, что
(Name of doctor, фамилия врача)

(фамилия, имя, отчество пациента по-русски) (Name of patient, имя, фамилия латинскими буквами)

Дата (число, месяц, год) и место рождения date of birth and birthplace)

Паспорт (N, серия, дата и место выдачи) или документ, его заменяющий
Passport (number, series, date of issue and place of issue) or a document instead of the passport

Адрес проживания в Свердловской области (Residence address in Sverdlovskaya oblast)

Страна постоянного (преимущественного) проживания (inhabitancy country)

was tested on _____
был проверен (date) (дата)

В том, что у него (нее) **выявлено заболевание наркоманией**
(выявленное вещество)

Подпись _____ SIGNATURE _____
врача психиатра-нарколога _____ Подпись _____
обследованного _____

Дата: "___" _____ 200_ г.

Печать ЛПУ

Справка действительна в течение трех месяцев со дня выдачи.

ФОРМА
ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ,
ВЫДАВАЕМОГО ВРАЧОМ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОМ

Штамп учреждения
Код учреждения

СПРАВКА N _____
CERTIFICATE

ОБ ОТСУТСТВИИ (НАЛИЧИИ) ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (СИФИЛИСА,
ХЛАМИДИЙНОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМЫ (ВЕНЕРИЧЕСКОЙ), ШАНКРОИДА, ЛЕПРЫ)

Я _____ настоящим подтверждаю,
что _____

(Name of doctor, фамилия врача)

(фамилия, имя, отчество пациента по-русски) (Name of patient, имя,
фамилия латинскими буквами)

Дата (число, месяц, год) и место рождения date of birth and birthplace)

Паспорт (N, серия, дата и место выдачи) или документ, его заменяющий
Passport (number, series, date of issue and place of issue) or a document
instead of the passport

Адрес проживания в Свердловской области (Residence address in
Sverdlovskaya
oblast)

Страна постоянного (преимущественного) проживания (inhabitancy country)

was tested on _____
был проверен _____ (date) (дата)

при медицинском обследовании признаков инфекций, передающихся половым
путем (сифилиса, хламидийной лимфогранулемы (венерической), шанкроида,
лепры),
у него (нее) **не выявлено**.

Печать
дата
обследованного

SIGNATURE
Подпись врача Подпись

Справка действительна в течение трех месяцев со дня выдачи.

ФОРМА
ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ
в специализированном противотуберкулезном учреждении

Штамп учреждения
Код учреждения

Врачебное свидетельство об обследовании на туберкулез № _____

Выдано врачом - фтизиатром _____
(ФИО врача-фтизиатра)

пациенту _____
(ФИО полностью печатными буквами)

Паспорт (свидетельство о рождении для ребенка) _____
(номер, серия, дата выдачи)

Адрес проживания в Свердловской области _____

Страна постоянного (преимущественного) проживания _____

Дата установления диагноза « _____ » _____ 20 ____ г.

Диагноз (МКБ 10) _____

Результаты рентгеномографического, микробиологического бактериоскопического,
обследования, кожной пробы Диаскинтест _____

Опасность для окружающих: представляет/ не представляет

Подлежит /не подлежит диспансерному учету.

Нуждается /не нуждается в лечении: стационарном /амбулаторном.

Дата госпитализации « ____ » _____ 20 ____ в учреждение _____

М.П.

Подпись лица выдавшего справку

Порядок подготовки медицинскими учреждениями, проводящими медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства материалов в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых выявлены инфекционные заболевания согласно перечню к постановлению Правительства РФ от 02.04.2003г. №188

1. При выявлении (подозрении) у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания (ВИЧ-инфекция, туберкулез, сифилис, хламидийная лимфогранулема, шанкроид, лепра) иностранный гражданин (лицо без гражданства) направляется на дообследование в специализированное медицинское учреждение (заполняются формы приложения №№ 7.4, 7.5, 7.6 при выявлении ВИЧ-инфекции помимо указанных приложений заполняется приложение № 7.7).

Врач, направивший иностранного гражданина или лицо без гражданства на дообследование, должен оперативно связываться с ответственным лицом специализированного учреждения по уточнению окончательного диагноза.

Ежемесячно, к 1 числу месяца, следующему за отчетным месяцем, в адрес руководителей ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» на всех иностранных граждан или лиц без гражданства, у которых выявлено инфекционное заболевание (подозрение на инфекционное заболевание), предоставляется «Отчет по иностранным гражданам и лицам без гражданства, у которых в ходе медицинского освидетельствования выявлены инфекционные заболевания (подозрения на инфекционные заболевания)» в соответствии с приложением № 8.2.

2. Если с момента получения направления на дообследование прошло 10 рабочих дней, иностранный гражданин или лицо без гражданства не предоставил документы, подтверждающие снятие диагноза или договор с лечебно-профилактическим учреждением, подтверждающий факт лечения или заключение об излеченности, то на данного гражданина оформляются медицинское заключение о факте выявления инфекционного заболевания по форме приложений №№ 7.1, 7.2, 7.3 и решение врачебной комиссии по форме приложения № 7.4.

3. В адрес Управления Роспотребнадзора по Свердловской области для подготовки решения о нежелательности пребывания иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации необходимо предоставить следующий пакет документов:

- медицинское заключение по формам приложений №№ 7.1, 7.2, 7.3) в 2х экземплярах;
- результаты лабораторных исследований (копии, заверенные главным врачом (заместителем) учреждения, проводящего медицинское освидетельствование и круглой печатью учреждения);
- результаты инструментальных исследований (копии, заверенные главным врачом (заместителем) учреждения, проводящего медицинское освидетельствование и круглой печатью учреждения);
- копия паспорта и русский перевод (если в паспорте латинская транскрипция);
- копия миграционной карты;

- решение врачебной комиссии (оформляется Комиссией учреждения, проводящего медицинское освидетельствование в соответствии с приложением № 7.4., № 7.5).

Уклонением от лечения иностранного гражданина и лица без гражданства следует считать: нежелание (отказ) проходить дообследование с целью установления диагноза, отсутствие финансовых средств на оплату лечения, нежелание (отказ) проходить курс лечения, самовольное прерывание курса лечения, отказ от контроля излеченности.

4. Если иностранный гражданин или лицо без гражданства уклоняется от предоставления сведений о контактных лицах (совместно проживающих), то информация о данном гражданине подается в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области.

5. Все предоставляемые документы должны быть оформлены на официальном бланке учреждения, заверены подписью руководителя (заместителя) и круглой печатью учреждения.

Формы документов, необходимые для организации профилактических и
противоэпидемических мероприятий, а также установленные законодательством
формы, необходимые для осуществления медицинских процедур

Приложение № 7.1. к приказу
министра здравоохранения
Свердловской области
от _____ № _____

Бланк учреждения

Медицинское заключение

о факте выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства
инфекционного заболевания (**ВИЧ инфекции**), определенного перечнем
постановления Правительства РФ от 02.04.2003г. №188

от _____ дня _____ месяца _____ года № _____

Настоящим подтверждается, что у гражданина

_____ (Ф.И.О. полностью печатными буквами)

Дата рождения _____

Гражданство _____ паспорт № _____

Адрес временного проживания (регистрации) _____

Миграционная карта № _____

В ходе медицинского освидетельствования выявлено заболевание, опасное для
населения _____

_____ диагноз, код по МКБ-10

Результаты лабораторных исследований:

ИФА _____ от _____ (дата), наименование тест-системы, серия срок
годности _____

Иммунный блотинг _____ от _____ (дата), наименование тест-системы,
серия срок годности _____

Дотестовое консультирование проведено (дата) _____

Послетестовое консультирование проведено (дата) _____

ФИО врача-инфекциониста _____

Подпись _____

Личная печать врача

ФИО подпись руководителя (заместителя) учреждения

М.П.

Бланк учреждения

Медицинское заключение

о факте выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства
инфекционного заболевания (**туберкулеза**), определенного перечнем
постановления Правительства РФ от 02.04.2003г. №188

от ____ дня _____ месяца _____ года № _____

Настоящим подтверждается, что у гражданина

_____ (Ф.И.О. полностью печатными буквами)

Дата рождения _____

Гражданство _____ паспорт № _____

Адрес временного проживания (регистрации) _____

Миграционная карта № _____

В ходе медицинского освидетельствования выявлено заболевание, опасное для
населения _____

_____ диагноз, код по МКБ-10

Результат клинического осмотра (дата) _____

Результаты инструментальных исследований (дата, виды исследований) _____

ФИО врача- фтизиатра _____

Подпись _____

Личная печать врача

ФИО подпись руководителя (заместителя) учреждения

М.П.

Бланк учреждения

Медицинское заключение

о факте выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства
инфекционного заболевания (**инфекций, передающихся половым путем**),
определенного перечнем постановления Правительства РФ от 02.04.2003г.
№188

от _____ дня _____ месяца _____ года № _____

Настоящим подтверждается, что у гражданина

_____ (Ф.И.О. полностью печатными буквами)

Дата рождения _____

Гражданство _____ паспорт № _____

Адрес временного проживания (регистрации) _____

Миграционная карта № _____

В ходе медицинского освидетельствования выявлено заболевание, опасное для
населения _____

_____ диагноз, код по МКБ-10

Результат клинического осмотра (дата) _____

ИФА _____ от _____ (дата), наименование тест-системы, серия срок
годности _____

Реакция микропреципитации _____ от _____ (дата), наименование тест-
системы, серия срок годности _____

РПГА _____ от _____ (дата), наименование тест-системы, серия срок
годности _____

ФИО врача-дерматовенеролога _____

Подпись _____

Личная печать врача

ФИО подпись руководителя (заместителя) учреждения
М.П.

Бланк медицинского учреждения

УТВЕРЖДАЮ:
Председатель врачебной комиссии
(наименование учреждения здравоохранения)
_____ Ф.И.О.

М.П.

Решение врачебной комиссии

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного постановлением Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 г. №188 «О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранными гражданами и лицами без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации».

от «___» _____ 20 ___ г.

№ _____

Комиссия в составе:

1. Председателя комиссии _____ (должность, Ф.И.О.),
2. _____ (должность, Ф.И.О.),
3. _____ (должность, Ф.И.О.),
4. _____ (должность, Ф.И.О.),
5. _____ (должность, Ф.И.О.),
6. Секретаря комиссии _____ (должность, Ф.И.О.),

УСТАНОВИЛА:

Гражданин _____ (страна) _____
ФИО _____

Дата, месяц, год рождения _____ пол : мужской / женский
имеющий диагноз инфекционного заболевания _____

МКБ-10 _____, что в связи с уклонением от лечения указанного гражданина создается реальная угроза здоровью окружающего его населения по причине выявленного заболевания.

Руководствуясь частью 3 статьи 25.10. Федерального закона "О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию",

СЧИТАЕМ НЕОБХОДИМЫМ:

направить в адрес Управления Роспотребнадзора по Свердловской области пакет документов для подготовки решения о нежелательности пребывания иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации.

Секретарь комиссии _____ (должность, Ф.И.О.)
_____ (подпись)

Бланк медицинского учреждения

УТВЕРЖДАЮ:
Председатель врачебной комиссии
(наименование учреждения здравоохранения)
_____ Ф.И.О.

М.П.

Решение врачебной комиссии

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного постановлением Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 г. №188 «О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранными гражданами и лицами без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации».

от «___» _____ 20 __ г.

№ _____

Комиссия в составе:

1. Председателя комиссии _____ (должность, Ф.И.О.),
2. _____ (должность, Ф.И.О.),
3. _____ (должность, Ф.И.О.),
4. _____ (должность, Ф.И.О.),
5. Секретаря комиссии _____ (должность, Ф.И.О.),

УСТАНОВИЛА:

Гражданин _____ (страна) _____
ФИО _____

Дата, месяц, год рождения _____ пол : мужской / женский

имеющий диагноз инфекционного заболевания _____

МКБ-10 _____ проходит лечение в _____

_____ (полное наименование медицинского учреждения)

Дата начала лечения _____ дата окончания лечения _____

Иностранец представил в адрес комиссии следующие документы:

1. Договор с медицинским учреждением, подтверждающий факт оплаты лечения.
2. Копию амбулаторной карты и иные документы, подтверждающие прохождение лечения и контрольные явки в регламентированные сроки.

Секретарь комиссии _____ (должность, Ф.И.О.)
(подпись)

Примечание: После окончания лечения к Решению комиссии прилагаются медицинские документы, подтверждающие факт излеченности (абациллярности).

Штамп лечебного учреждения
Код учреждения

**Уведомление
иностранного гражданина или лица без гражданства о выявленных в ходе
медицинского освидетельствования инфекционных заболеваниях, опасных
для населения и направлении его на дообследование**

Настоящим подтверждаю, что я _____
(ФИО иностранного гражданина)

уведомлен, о том, что в ходе медицинского освидетельствования у меня выявлено
заболевание (подозрение на заболевание), опасное для населения. Мне разъяснена
необходимость прохождения дообследования в _____
(указать учреждение)

выдано направление на дообследование № _____
Я обязуюсь в течение 10 рабочих дней предоставить в _____ все
документы, подтверждающие прохождение лечения (излечения) или заключение о
снятии диагноза.

Я уведомлен о том, что в случае невыполнения мною вышеуказанных требований в
установленные сроки, будет рассматриваться вопрос о нежелательности моего
пребывания на территории РФ с последующей депортацией за ее пределы.

Дата _____ Подпись иностранного гражданина _____

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

Штамп лечебного учреждения
Код учреждения

**Направление иностранного гражданина или лица без гражданства на
дообследование с целью подтверждения (снятия) диагноза**

№ направления _____

На дообследование в _____
(наименование учреждения, адрес)
направляется гражданин _____
_____, у которого
(ФИО 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 _____

ФИО врача _____, подпись _____

М.П.

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

Штамп 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 _____
(ФИО иностр. 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.

ФИО контактных лиц:

1.

2.

3.

Дата _____

ФИО врача _____ подпись _____

Подпись иностранного гражданина _____

*** заполняется в одном экземпляре, который вклеивается в амбулаторную карту**

КАРТА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РАССЛЕДОВАНИЯ НА ВЫЯВЛЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА

Ф.И.О. _____
 Пол _____ Дата рождения _____ Гражданство _____
 Серия, N паспорта _____
 Место жительства _____
 Место регистрации _____
 Образование _____
 Род занятий, профессия, должность _____
 Семейное положение _____
 Дата взятия на учет _____
 Дата установления диагноза _____
 Диагноз полностью _____
 Сопутствующие заболевания (ИППП, вирусные гепатиты, туберкулез, наркомания) _____

Сведения о членах семьи и детях:

Ф.И.О. (полностью)	Пол	Дата рождения	Адрес	Социальный статус	ВИЧ-статус (если +, с какого года)

Данные лабораторных исследований, на основании которых установлено ВИЧ-инфицирование.

Дата	Место проведения обследования	Код обследования	Результат	ИФА	ИБ	ПЦР

Данные о предыдущих лабораторных исследованиях на наличие антител к ВИЧ.

Дата	Место проведения обследования	Код обследования	ИФА	ИБ	Причина обследования

Являлся ли инфицированный ВИЧ реципиентом крови, препаратов крови, спермы, органов, тканей: да/нет.

Дата	Реципиентом чего являлся	Страна, город, учреждение, где производилось переливание крови, пересадка органов и т.д.

Проводились ли манипуляции с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек в медицинских учреждениях (операции, роды, аборт, инъекции, взятие анализов, удаление зубов и т.д.): да/нет.

Проводились ли манипуляции с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек в медицинских учреждениях (операции, роды, аборт, инъекции, взятие анализов, удаление зубов и т.д.): да/нет.

Дата	Наименование манипуляции	Страна, город, учреждение, где проводились манипуляции

Для медицинских работников, характер работы которых связан с парентеральным вмешательством: были ли аварии, порезы, уколы и т.д. в процессе оказания помощи пациенту: да/нет. Данные об обследовании лиц, от которых могло произойти парентеральное заражение ВИЧ медицинского работника внести в список N 1.

Имелись ли половые связи с потребителями наркотиков: да/нет.

Из какой страны, области	Количество партнеров		Дата последнего контакта	Использовал ли презерватив
	муж.	жен.		

Имелись ли половые связи с работниками коммерческого секса: да/нет.

Из какой страны, области	Количество партнеров		Дата последнего контакта	Использовал ли презерватив
	муж.	жен.		

Вступал ли в половые связи с целью получения за это материального вознаграждения: да/нет.

Имелись ли половые связи с лицами противоположного пола: да/нет.

Количество партнеров	
За всю жизнь	
За последние 5 лет	
За последний год	
После последнего отрицательного результата анализа на антитела к ВИЧ	

Имелись ли половые связи с лицами своего пола: да/нет;
если да: половая роль: активная, пассивная, смешанная.

Количество партнеров	
За всю жизнь	
За последние 5 лет	
За последний год	
После последнего отрицательного результата анализа на антитела к ВИЧ	

Употреблял ли наркотики внутривенно: да/нет.

В каком регионе	Количество партнеров по в/в введению	Вид препарата	Дата первой и последней инъекции

--	--	--	--

Вводил ли наркотики внутривенно одним шприцем или иглой с другими: да/нет.

Как часто (всегда, иногда, редко)	На какой территории	Дата первой и последней инъекции

Покупал ли готовый раствор наркотика: да/нет.

Как часто (всегда, иногда, редко)	На какой территории	Дата первой и последней инъекции

Набирал ли в индивидуальный шприц раствор наркотика из общей с другими емкости: да/нет.

Как часто (всегда, иногда, редко)	На какой территории	Дата первой и последней инъекции

Промывал ли индивидуальный шприц в общей с другими емкости: да/нет.

Как часто (всегда, иногда, редко)	На какой территории	Дата первой и последней инъекции

Использовал ли каждый раз для введения наркотика новый одноразовый шприц: да/нет.
Стерилизовал ли индивидуальный шприц после употребления: да/нет.

Как часто (всегда, иногда, редко)	Способ стерилизации	Дата первой и последней стерилизации

Имелись ли другие факторы риска заражения (татуировка нестерильным инструментарием, пирсинг, маникюр, педикюр, другие парентеральные контакты).

Какие факторы риска	Контактное лицо	Место проведения	Дата

Список N 1. Контакты по медицинскому учреждению.

Ф.И.О. (полностью)	Адрес, тел.	Вид контакта	Дата контакта

Список N 2. Половые контакты.

Ф.И.О. (полностью)	Адрес, тел.	Тип контакта (вагинальный, анальный, оральный)	Использование презерватива (всегда, иногда, никогда)	Продолжит. контакта

Список N 3. Контакты при употреблении наркотиков.

Ф.И.О.	Адрес, тел.	Вид наркотика	Обеззараживание инструментов	Продолжит. контакта

Список N 4. Данные о детях ВИЧ-инфицированных родителей.

Ф.И.О. ребенка	Пол	Дата рождения	Адрес регистрации	Адрес по факту проживания

Вскармливание (грудное, искусственное, вскармливание донорским молоком)

Наличие мероприятий по химиопрофилактике вертикальной передачи: да/нет.

В период беременности (в какой срок, какими препаратами, непрерывно или нет)

в родах (какими препаратами) _____;
 новорожденному (чем, непрерывно или нет) _____.

Заключение:

1. Установленный код по результатам эпидрасследования _____.

2. Место заражения (область, город) _____.

3. Наиболее вероятная причина заражения: (подчеркнуть).

Гомосексуальный контакт:

- с потребителем наркотиков.

Гетеросексуальный контакт:

- с потребителем наркотиков;

- с бисексуалом.

Контакт при внутривенном введении наркотиков.

Медицинский контакт:

- случай заражения при исполнении профессиональных обязанностей;

- реципиент инфицированной ВИЧ-крови, биологических жидкостей, пересадка органов, тканей.

Заражение детей от матерей во время беременности и родов.

Заражение детей от матерей при грудном вскармливании.

Заражение матерей от детей при грудном вскармливании.

Другой, указать _____.

Нет данных.

Бланк учреждения

Информация 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), опасное для населения

отказался предоставить информацию о контактных лицах (умышленно исказил данную информацию)

Подпись руководителя ЛПУ _____

Отчетные формы

Приложение № 8.1.
к приказу
министра здравоохранения
Свердловской области
от _____ № _____

Бланк учреждения

Отчет

о количестве иностранных граждан и лиц без гражданства,
прошедших медосвидетельствование в медицинском
учреждении _____ и количестве случаев инфекционных
заболеваний и подозрений на инфекционные заболевания, выявленных
среди них

за _____ (месяц) 20 ____ г.

Количество иностранцев граждан, лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование на наличие:	Всего обследовано (абс. число)	из них выявлено случаев (абс. число)	госпитализировано (пролечено)
ВИЧ-инфекции			
туберкулёза			
сифилиса			
хламидийной лимфогранулёмы (венерической)			
шанкроида			
лепры (болезнь Гансена)			
с другими инфекционными заболеваниями (указать)			

ФИО лица, составившего форму, подпись _____

форма представляется к 25 числу отчетного месяца в территориальные отделы
Управления Роспотребнадзора по Свердловской области.

Бланк учреждения

Отчет по иностранным гражданам и лицам без гражданства, у которых в ходе медицинского освидетельствования выявлены инфекционные заболевания (подозрения) и сведения о дообследовании иностранных граждан и лиц без гражданства в специализированных учреждениях

за _____

ФИО иностранного гражданина	предварительный диагноз	дата установления диагноза	дата передачи предварительного экстренного извещения	Эпид. номер	дата направления на дообследование, № направления	Результат дообследования		Дата передачи окончательного экстренного извещения
						диагноз снят да/ нет	диагноз установлен (указать)	

* предоставляется к 1 числу следующего за отчетным месяца в адрес руководителей ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер».

Врач, ответственный за заполнение формы _____ (ФИО) _____ (подпись)

Дата заполнения формы _____

Приложение № 8.3
к приказу министра здравоохранения
Свердловской области
от _____ № _____

Директору ГОУЗ "Медицинский
информационно-аналитический центр"

Бланк медицинского учреждения

Список

иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и получивших акт медицинского освидетельствования

- (Г) год формирования списка _____
- (ММ) месяц формирования списка _____
- (ДД) день формирования списка _____
- (ККК) уникальный код медицинского учреждения _____

Фами- лия (рус.)	Имя (рус.)	Отчес- тво (рус.)	Фами- лия (англ.)	Имя (англ.)	Дата рожде- ния	Граж- данство	Нацио- нальный паспорт (серия)	Нацио- нальный паспорт (номер)	Нацио- нальный паспорт (дата выдачи)	Ф.И.О. врача, выдавшего акт медицин- ского освиде- тельств- ования	Номер сертифи- ката об обсле- довании на отсут- ствие антител к ВИЧ	Дата выдачи сертифи- ката об обсле- довании на отсут- ствие антител к ВИЧ	Номер акта меди- цинского освиде- тельств- ования	Дата выдачи акта медицин- ского освиде- тельств- ования

Ф.И.О. руководителя ЛПУ _____

подпись _____

* представляется ежедневно

Приложение №8.4
к приказу Министра здравоохранения
Свердловской области
от 20 г. N

Бланк учреждения

Главному врачу
ГБУЗ СО ОЦ СПИД и ИЗ
Подымовой А.С.
или руководителю филиала
ГБУЗ СО ОЦ СПИД и ИЗ по
управленческому округу

ОТЧЕТ
ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БЛАНКОВ СЕРТИФИКАТОВ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБСЛЕДОВАНИЙ НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ
К ВИЧ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА
ЗА ПЕРИОД С 25 _____ (ПРЕДЫДУЩЕГО МЕСЯЦА)
ПО 24 _____ (ОТЧЕТНОГО МЕСЯЦА) 200_ Г.
В (НАЗВАНИЕ ЛПУ) _____

N п/п	Ф.И.О. обследуемого лица (полностью)	Гражданство	Паспортные данные	Место проживания и место регистрации в Свердловской области		Дата забора крови	Результат (при ВИЧ + диагноз по МКБ-10)	N сертификата	Дата выдачи сертификата	Ф.И.О. врача, выдавшего сертификат
				фактически проживает	зарегистри- рован					

Руководитель уполномоченного ЛПУ _____

(Ф.И.О.)

(подпись)

Печать учреждения