ЗАКЛЮЧЕНИЕ

 о наличии (отсутствии) заболеваний, включенных в перечень

 медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых

 гражданину или получателю социальных услуг может быть

 отказано, в том числе временно, в предоставлении

 социальных услуг в стационарной форме

 от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

 1. Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование и адрес медицинской организации)

 2. Наименование организации социального обслуживания, предоставляющей

социальные услуги в стационарной форме, куда представляется заключение \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина или получателя социальных

 услуг)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 4. Пол (мужской/женский) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 5. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 6. Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 7. Заключение (ненужное зачеркнуть):

 Выявлено наличие (отсутствие) заболеваний, в связи с наличием которых

гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе

временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

Председатель врачебной

комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.) (подпись) (дата)

 М.П.

 Примечание: перечень медицинских противопоказаний, в связи с наличием

которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в

том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nп/п | Наименование заболеваний | Код заболеваний по МКБ-10 |
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом посева | A15; A17 - A19 |
| 2 | Злокачественные новообразования, сопровождающиеся обильными выделениями | C00 - C97 |
| 3 | Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями | F01; F03 - F09; F20 - F29; F30 - F33 |
| 4 | Эпилепсия с частыми припадками | G40 - G41 |
| 5 | Трахеостома, каловые, мочевые свищи, пожизненная нефростома, стома мочевого пузыря (при невозможности выполнения реконструктивной операции на мочевых путях и закрытия стомы), не корригируемое хирургически недержание мочи, противоестественный анус (при невозможности восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта), пороки развития лица и черепа с нарушением функции дыхания, жевания, глотания | Z93.0; Z93.2 - Z93.6; K63.2; N28.8; N32.1 - N32.2; N36.0; N39.4; N82; Q35 - Q37; Q67.0 - Q67.4; |
| 6 | Гангрена и некроз легкого, абсцесс легкого | J85.0 - J85.2 |
| 7 | Тяжелые хронические заболевания кожи с множественными высыпаниями и обильным отделяемым | L10; L12.2; L12.3; L13.0; L88; L98.9 |
| 8 | Лепра | A30 |
| 9 | Заболевания, осложненные гангреной конечности | A48.0; E10.5; E11.5; E12.5; E13.5; E14.5; I70.2; I73.1; I74.3; R02 |
| 10 | Высококонтагиозные инфекционные заболевания (корь, краснуха, эпидемический паротит, менингококковая инфекция, ветряная оспа, грипп), инфекции, вызванные кишечной этиологии, а также лихорадки неясной этиологии | B05, B06, B26, A39, B01, J10, A08.0, A08.1, A08.3 |

 *Приказ Департамента труда и социальной поддержки населения ЯО от 26.05.2015 N 27-15 "Об утверждении Административного регламента" (Зарегистрировано в государственно-правовом управлении Правительства ЯО 27.05.2015 N 09-4848) {КонсультантПлюс}*