



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
(Минздрав Свердловской области)  
ПРИКАЗ

06.06.2023

№ 1285-н

г. Екатеринбург

**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](http://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](http://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



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,<br>дата) |  |
| Количество дней на ИП                                   |  |

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

подпись \_\_\_\_\_

Дата:

число

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

месяц

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

год

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|