



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

18. 10. 2021

№ 2396-п

г. Екатеринбург

**О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 27.03.2020 № 491-п «Об организации лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции в лабораториях учреждений здравоохранения Свердловской области»**

В целях реализации положений, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации «Об обеспечении уведомления физических лиц о результатах исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» и обмена информацией о результатах таких исследований,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 27.03.2020 № 491-п «Об организации лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции в лабораториях учреждений здравоохранения Свердловской области» с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Свердловской области от 01.04.2020 № 517-п, от 15.04.2020 № 610-п, от 21.04.2020 № 662-п, от 24.04.2020 № 693-п, от 30.04.2020 № 768-п, от 13.05.2020 № 819-п, от 29.05.2020 № 950-п, от 04.06.2020 № 1007-п, от 08.06.2020 № 1021-п, от 25.06.2020 № 1128-п, от 02.07.2020 № 1168-п, от 09.07.2020 № 1209-п, от 15.07.2020 № 1260-п, от 29.07.2020 № 1342-п, от 11.08.2020 № 1430-п, от 20.08.2020 № 1472-п, от 12.10.2020 № 1793-п, от 19.10.2020 № 1861-п, от 27.10.2020 № 1947-п, от 03.12.2020 № 2230-п, от 13.01.2021 № 32-п, от 19.02.2021 № 305-п, от 31.05.2021 № 1143-п, от 02.07.2021 № 1465-п, следующие изменения:

1) подпункт 4 пункта 4 изложить в следующей редакции:

«4) обеспечить оформление направлений: на проведение лабораторного обследования пациентов на новую коронавирусную инфекцию; на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции; на наличие антител после вакцинации против новой коронавирусной инфекции, в Единой государственной информационной системе здравоохранения Свердловской области с обязательным заполнением полей «Серия и номер документа, удостоверяющего личность», «СНИЛС», «Контактный телефон пациента». В случае согласия пациента в бумажном варианте направления делать отметку о согласии пациента на передачу результатов обследования в ФБУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора и на Единый портал государственных услуг (приложение № 7)»;

2) Дополнить пункт 4 подпунктом 11 и 12 следующего содержания:

«11) в срок 25.10.2021 заключить Соглашение об информационном взаимодействии с ФБУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора, направив заявку на электронную почту 452PP@crie.ru и проинформировав об этом по телефону 8(499) 460-05-89;

12) обеспечить ежедневную передачу сведений о результатах исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и антител к нему с указанием номера заказа, основного государственного регистрационного номера и наименования лаборатории исполнителя, основного государственного регистрационного номера и наименования организации, осуществившей забор биоматериала, даты забора, даты проведения исследования, результата исследования, серии и номера документа, удостоверяющего личность физического лица, страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС), фамилии, имени и отчества (при наличии) в ФБУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора по защищенным каналам связи.»;

3) Приложение № 7 изложить в новой редакции (приложение).

2. Начальнику ГАУЗ СО «МИАЦ» С.В. Шалимову в срок до 25.10.2021 обеспечить:

1) реализацию в Единой государственной информационной системе здравоохранения Свердловской области обязательного требования заполнения полей «Серия и номер документа, удостоверяющего личность», «СНИЛС», «Контактный телефон пациента» при оформлении в электронном виде (в том числе при использовании интеграционных сервисов) направлений на проведение лабораторного обследования пациентов на новую коронавирусную инфекцию; на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции; на наличие антител после вакцинации против новой коронавирусной инфекции;

2) добавление новых полей в Единой государственной информационной системе здравоохранения Свердловской области «Согласие на передачу результатов в ФБУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора» и «Согласие на передачу результатов исследований на Единый портал государственных услуг» при оформлении в электронном виде (в том числе при использовании интеграционных сервисов) направлений на проведение лабораторного обследования пациентов на новую коронавирусную инфекцию; на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции; на наличие антител после вакцинации против новой коронавирусной инфекции.

3. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 13.09.2021 № 2046-п «О передаче данных лабораторных исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов), на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами» считать утратившим силу с 15.11.2021.».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Е.В. Ютяеву.

Министр



А.А. Карлов

Приложение № 7 к приказу  
Министерства здравоохранения  
Свердловской области  
от 27.03.2020 № 491-п

Форма направления на плановую госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию,  
проведение лабораторно-инструментальных исследований  
в амбулаторно-поликлинических условиях

**Направление**

<b>1. Реквизиты медицинской организации, выдавшей направление</b>									
Наименование медицинской организации									
Адрес, телефон									
Код медицинской организации	6 6								
Код ОГРН									
Код структурного подразделения									
Код врача, выдавшего направление									
Специальность врача, выдавшего направление									
Дата выдачи направления	№ направления								
день	месяц	год							
<b>2. Фамилия, Имя, Отчество пациента</b>									
Фамилия, Имя, Отчество									
Дата рождения									
Адрес проживания									
Контактный телефон									
Социальный статус									
Инвалидность, группа									
Страховой полис ОМС	1. полис старого образца	2. временное свидетельство	3. полис нового образца						
Номер полиса									
Код основного диагноза по МКБ-10									
Код льготы									
<b>3. Реквизиты медицинской организации, куда направлен пациент</b>									
Наименование медицинской организации*									
Код медицинской организации	6 6	Телефон							
<b>4. Направлен</b>									
(тип направления)	1 - направление на плановую госпитализацию в круглосуточный стационар; 2 - направление на плановую госпитализацию в дневной стационар; 3 - направление на консультативный прием в амбулаторно-поликлинических условиях; 4 - направление на проведение лабораторных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях; 5 - направление на проведение инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях; 6 - направление на телеконсультацию								
Профиль направления	(заполняется из справочника «профиль направления» приложение №4)								
расшифровка типа направления	(профиль отделения, специальность врача, диагностическое обследование)								
Форма оказания медицинской помощи	1. плановая								
Необходимость оперативного вмешательства	1. да 2. нет								
Цель направления									

5. *Дата, время планируемой госпитализации, консультации, диагностического обследования*  
 6. *Вид направления*

1.ОМС

2.бюджет

3. договор

Ф.И.О. врача

Дата

Время

Заполняется из расписания

подпись врача, выдавшего направление

Ф.И.О. врача, выдавшего направление

подпись заведующего отделением

Ф.И.О. заведующего отделением

Приложение к форме направления на плановую госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**материала на проведение лабораторного обследования пациентов**  
**на новую коронавирусную инфекцию**

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность пациента: тип документа \_\_\_\_\_

Серия документа \_\_\_\_\_ Номер документа \_\_\_\_\_

СНИЛС

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Пол (м/ж) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации пациента: Регион \_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

Наименование места работы/учебы, адрес \_\_\_\_\_

Прибыл из-за рубежа/другого субъекта РФ (страна/субъект) \_\_\_\_\_

Дата прибытия \_\_\_\_\_

Пациент дает согласие на передачу сведений о результатах исследования в ФБУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора для выполнения требований постановления Правительства РФ от 27.03.2021 № 452:            да / нет

Медицинский работник (да/нет) \_\_\_\_\_

Проживает в учреждении с соц. обеспечения (учреждение, адрес) \_\_\_\_\_

Контактный с больным COVID (ФИО источника) \_\_\_\_\_

Дата заболевания \_\_\_\_\_ Состояние тяжести \_\_\_\_\_

Сопутствующие диагнозы (коды МКБ) \_\_\_\_\_

Вакцинация против гриппа: Дата \_\_\_\_\_ Наименование вакцины \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

Вакцинация против новой коронавирусной инфекции: Дата \_\_\_\_\_

Наименование вакцины \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

Дата взятия материала \_\_\_\_\_

Вид материала:

Мазки из носоглотки	
Мазки из ротоглотки	
Мокрота (обязательно при пневмонии)	
Бронхоальвеолярный лаваж (обязательно при пневмонии)	
Секционный материал (фрагменты): лёгкого; трахеи; селезёнки; печени и др.	

**Результат исследования методом ПЦР (качественная)**  
**на новую коронавирусную инфекцию**

Приложение к форме направления на плановую госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**материала на проведение лабораторного обследования пациентов**  
**на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции**

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность пациента: тип документа \_\_\_\_\_

Серия документа \_\_\_\_\_ Номер документа \_\_\_\_\_

СНИЛС

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Пол (м/ж) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации пациента: Регион \_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

Наименование места работы/учебы, адрес \_\_\_\_\_

Пациент дает согласие на передачу сведений о результатах исследования в ФБУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора для выполнения требований постановления Правительства РФ от 27.03.2021 №452:            да / нет

Медицинский работник (да/нет) \_\_\_\_\_

Проживает в учреждении с соц. обеспечения (учреждение, адрес) \_\_\_\_\_

Дата заболевания \_\_\_\_\_ Состояние тяжести \_\_\_\_\_

Вакцинация против новой коронавирусной инфекции: Дата \_\_\_\_\_

Наименование вакцины \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

Дата взятия материала \_\_\_\_\_

Приложение к форме направления на плановую госпитализацию в стационар (круглосуточный и дневной) или консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**материала на проведение лабораторного обследования пациентов**  
**на наличие антител после вакцинации против новой коронавирусной инфекции**

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность пациента: тип документа \_\_\_\_\_

Серия документа \_\_\_\_\_ Номер документа \_\_\_\_\_

СНИЛС

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Пол (м/ж) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации пациента: Регион \_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

Наименование места работы/учебы, адрес \_\_\_\_\_

Пациент дает согласие на передачу сведений о результатах исследования в ФБУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора для выполнения требований постановления Правительства РФ от 27.03.2021 №452:            да / нет

Медицинский работник (да/нет) \_\_\_\_\_

Проживает в учреждении с соц. обеспечения (учреждение, адрес) \_\_\_\_\_

Дата заболевания \_\_\_\_\_ Состояние тяжести \_\_\_\_\_

Вакцинация против новой коронавирусной инфекции: Дата \_\_\_\_\_

Наименование вакцины \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

Дата взятия материала \_\_\_\_\_