



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

30 ДЕК 2015

ПРИКАЗ

№ 2423-п

г. Екатеринбург

Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в медицинских организациях Свердловской области

В целях реализации Федерального закона от 13 июля 2015 года № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», постановления Правительства Свердловской области от 15.09.2008 № 980-ПП «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.2015 № 384н «Об утверждении перечня инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также порядка подтверждения их наличия или отсутствия, а также формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний», постановления Конституционного Суда Российской Федерации от 12.03.2015 № 4-п

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) состав и положение о работе рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю исполнения мероприятий по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства (приложение № 1);

2) Положение об организации процедуры осуществления медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области (приложение № 2);

3) формы документов для организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области (приложение № 3).

2. Определить медицинскими организациями, ответственными за организацию медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства на территории Свердловской области, медицинские организации, входящие в перечень медицинских организаций, уполномоченных на выдачу на территории Свердловской области документов, подтверждающих отсутствие у иностранного гражданина заболевания наркоманией и выданных по результатам медицинского осмотра, включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических

средств, психотропных веществ и их метаболитов, и инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих, предусмотренных Перечнем инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.06.2015 № 384н, а также сертификата об отсутствии у данного иностранного гражданина заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) при получении и переоформлении патента на временное осуществление трудовой деятельности на территории Свердловской области, утвержденный постановлением Правительства Свердловской области от 15.09.2008 № 980-ПП «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области» (далее – ответственные медицинские организации).

3. Руководителям ответственных медицинских организаций обеспечить:

1) проведение медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в соответствии с Положением об организации процедуры осуществления медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области и формами документов (приложения № 2 и № 3 к настоящему приказу);

2) проведение в соответствии с требованиями санитарного законодательства комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий в случае выявления в ходе медицинского освидетельствования у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний;

3) заполнение в оперативном режиме документов, необходимых для подготовки решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу;

4) ввод данных о проведенном медицинском освидетельствовании мигрантов и лиц без гражданства в электронную медицинскую карту пациента в программный модуль в составе регионального фрагмента ЕГИСЗ в объеме полей, необходимых для формирования печатных протоколов осмотра, учетных и отчетных форм, начиная с 01 января 2016 года.

4. Рекомендовать начальнику Управления здравоохранения Администрации города Екатеринбурга А. А. Дорнбушу обеспечить организацию в ответственных медицинских организациях муниципального образования «город Екатеринбург»:

1) проведение медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в соответствии с Положением об организации процедуры осуществления медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области и формами документов (приложения № 2 и № 3 к настоящему приказу);

2) проведение в соответствии с требованиями санитарного законодательства комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий в случае выявления в ходе медицинского освидетельствования у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний;

3) заполнение в оперативном режиме документов, необходимых для подготовки решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу;

4) ввод данных о проведенном медицинском освидетельствовании мигрантов и лиц без гражданства в электронную медицинскую карту пациента в программный модуль в составе регионального фрагмента ЕГИСЗ в объеме полей, необходимых для формирования печатных протоколов осмотра, учетных и отчетных форм, начиная с 01 января 2016 года.

5. Рекомендовать директору ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий» В.Б. Гурвичу, начальнику ФБУЗ «Медико-санитарная часть № 32» ФМБА России И.А. Суколько, начальнику ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 31» ФМБА России А.Ю. Морозову, как ответственным медицинским организациям, обеспечить:

1) проведение медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в соответствии с Положением об организации процедуры осуществления медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области и формами документов (приложения № 2 и № 3 к настоящему приказу);

2) проведение в соответствии с требованиями санитарного законодательства комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий в случае выявления в ходе медицинского освидетельствования у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний;

3) заполнение в оперативном режиме документов, необходимых для подготовки решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

4) ввод данных о проведенном медицинском освидетельствовании мигрантов и лиц без гражданства в электронную медицинскую карту пациента в программный модуль в составе регионального фрагмента ЕГИСЗ в объеме полей, необходимых для формирования печатных протоколов осмотра, учетных и отчетных форм, начиная с 01 января 2016 года.

6. Начальнику отдела специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, Министерства здравоохранения Свердловской области Е. А. Малявиной обеспечить оказание организационно-методической помощи ответственным медицинским

организациям, в проведении медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства.

7. Главному врачу ГБУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» А.С. Подымовой:

1) организовать и провести модернизацию программного модуля по учету медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в составе защищенной сети регионального фрагмента ЕГИСЗ с привлечением, при необходимости, специалистов ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр»;

2) в ежемесячном режиме проводить анализ работы по дообследованию и лечению иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых в ходе медицинского освидетельствования в ответственных медицинских организациях выявлены инфекционные заболевания (ВИЧ-инфекция, лепра), и направление ежеквартально (до 5 числа следующего месяца) сводной информации по Свердловской области в рабочую группу Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю исполнения мероприятий по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства.

8. Главным врачам ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер» А.И. Цветкову, ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» Н.Л. Струину:

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 ответственных медицинских организациях выявлено подозрение на инфекционные заболевания (туберкулез, сифилис);

2) ежемесячное, к 5 числу, следующему за отчетным месяцем, представление в ответственные медицинские организации пофамильных списков иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых при медицинском освидетельствовании выявлено инфекционное заболевание (подозрение), и сведения о дообследовании;

3) в ежемесячном режиме проводить анализ работы по дообследованию и лечению иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых в ходе медицинского освидетельствования в ответственных медицинских организациях выявлены инфекционные заболевания (туберкулез, сифилис), и направление ежеквартально (до 5 числа следующего месяца) сводной информации по Свердловской области в рабочую группу Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю исполнения мероприятий по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства.

9. Главному врачу ГАУЗ СО «Областной наркологический диспансер» А.Ю. Ружникову:

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 наркологическое

заболевание (подозрение);

2) ежемесячное, к 5 числу, следующему за отчетным месяцем, представление в ответственную организацию пофамильных списков иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых при дообследовании выявлено наркологическое заболевание (подозрение);

3) в ежемесячном режиме проводить анализ работы по дообследованию и лечению иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых в ходе медицинского освидетельствования в медицинских организациях выявлено наркологическое заболевание (подозрение) и направление ежеквартально (до 5 числа следующего месяца) сводной информации по Свердловской области в рабочую группу Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю исполнения мероприятий по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства.

10. Начальнику ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр» А.А. Григоряну:

1) обеспечить ежедневный прием и свод информации ответственных медицинских организаций об иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование в соответствии с приложением № 3;

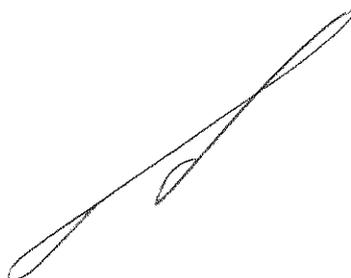
2) к 10 числу месяца следующего за отчетным месяцем информировать рабочую группу Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю исполнения мероприятий по медицинскому освидетельствованию иностранных граждан и лиц без гражданства в части информации об учреждениях, не представивших в установленные сроки сведения об иностранных гражданах и лицах без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и выданных медицинскими ответственными организациями медицинских заключений (нарастающим итогом).

11. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 12.05.2012 № 527-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».

12. Настоящий приказ опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru), копию настоящего приказа направить в 7-и дневный срок в Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области.

13. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Свердловской области Е.А. Чадову.

Министр



А.Р. Белявский

Состав

рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю исполнения мероприятий по организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства

1. Чадова Е.А. – Заместитель Министра – председатель рабочей группы;
2. Малявина Е.А. – начальник отдела специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
3. Ютяева Е.В. – главный специалист отдела специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи – секретарь рабочей группы;
4. Григорян А.А. – начальник ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр»;
5. Цветков А.И. – главный врач ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», главный внештатный специалист фтизиатр Министерства здравоохранения Свердловской области;
6. Подымова А.С. – главный врач ГБУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД», главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения Свердловской области;
7. Струин Н.Л. – главный врач ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер»;
8. Забродин О.В. – главный врач ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 3», главный внештатный специалист психиатр-нарколог Министерства здравоохранения Свердловской области;
9. Прибавкин В.В. – начальник УФМС по Свердловской области (по согласованию)

Положение

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

1. Деятельность рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области по контролю исполнения 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 организациях, 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 Свердловской области.

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 3 месяца.

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

Положение об организации процедуры осуществления медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области

1. Медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства (далее – медицинское освидетельствование) осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством Свердловской области, правовыми актами Министерства здравоохранения Свердловской области, при наличии лицензии на осуществление данной медицинской услуги в ответственных медицинских организациях.
2. Медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства проводится за счет личных средств иностранных граждан и лиц без гражданства или за счет средств работодателя (по договору).
3. Приказом ответственной медицинской организации определяется состав врачей и средних медицинских работников, участвующих в проведении медицинского освидетельствования.
4. Все этапы прохождения медицинского освидетельствования, в том числе осмотр специалистов, забор крови и мочи для лабораторных исследований, флюорографическое обследование, должны осуществляться только при наличии у освидетельствуемого лица документа, удостоверяющего личность, переведенного на русский язык и заверенного нотариально.
5. Медицинское освидетельствование проводится при наличии информированного добровольного согласия иностранного гражданина и лица без гражданства (их законных представителей), данного с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и согласия на обработку персональных данных.
6. С учетом требований «дорожной карты» по внедрению электронных систем и для обеспечения оперативного обмена информацией между учреждениями, участвующими в процедуре медицинского освидетельствования, а также региональными управлениями Роспотребнадзора и Федеральной миграционной службы в ходе процедуры освидетельствования ответственные медицинские организации производят ввод данных в электронную медицинскую карту лица, проходящего освидетельствование, и осуществляют формирование печатных документов из программного модуля по учету медицинских освидетельствований иностранных граждан и лиц без гражданства.
7. Электронная медицинская карта (далее – ЭМК) пациента заполняется в программном модуле по учету медицинских освидетельствований иностранных граждан и лиц без гражданства, доступном в региональном сегменте ЕГИСЗ, в объеме сведений, необходимых для проведения процедуры медицинского

освидетельствования, оформления справок, заключений и формирования пакета документов в случае выявления у лица, проходящего медицинское освидетельствование, инфекционного заболевания, могущего повлечь за собой принятие решения о нежелательности пребывания на территории Российской Федерации.

8. ГБУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» организует необходимые мероприятия по созданию и актуализации программного модуля по учету медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства, соответствующего действующему законодательству, осуществляет необходимые мероприятия по организации бесперебойной работы программного модуля в подведомственном учреждении и в ответственных медицинских организациях – участниках процедуры медицинского освидетельствования.

9. ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр» осуществляет учет и выдачу диапазона номеров медицинских заключений.

10. Ответственные медицинские организации организуют процесс синхронизации сведений, содержащихся в программном модуле по учету медицинских освидетельствований (персональных данных освидетельствуемых, сведений о проведенных осмотрах, клинических и инструментальных исследованиях, сформированных справках и заключениях), со сведениями, отображаемыми в ЭМК пациента в ЕГИСЗ путем автоматического переноса данных с использованием интеграционных сервисов, входящих в состав регионального фрагмента ЕГИСЗ.

11. В случае отсутствия у ответственной медицинской организации, участвующей в процедуре медицинского освидетельствования, доступа к региональному сегменту ЕГИСЗ, ответственная медицинская организация приобретает и устанавливает оборудование, необходимое для подключения к инфраструктуре регионального сегмента ЕГИСЗ и используемое для доступа к программному модулю по учету медицинского освидетельствования.

12. Ответственные медицинские организации, участвующие в процедуре медицинского освидетельствования, самостоятельно несут все расходы, связанные с поддержанием в работоспособном состоянии оборудования, обеспечивающего доступ к региональному сегменту ЕГИСЗ и полнофункциональную работу с программным модулем по учету медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства, включая затраты на телекоммуникационные услуги, расходные материалы и транспортные и накладные расходы.

13. Для прохождения медицинского освидетельствования иностранный гражданин или лицо без гражданства представляет в ответственную медицинскую организацию:

1) документы, удостоверяющие личность:

а) документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый

в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

б) документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства;

2) миграционную карту и ее копию (при наличии) для иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы;

3) визу и ее копию (для иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию в порядке, требующем получения визы);

Для правильного оформления медицинских документов, содержащих персональные данные, необходимо использовать нотариально заверенный перевод на русский язык документа, удостоверяющего личность.

Для правильного указания адреса пребывания в Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства необходимо использовать отрывную часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания, или иной документ, выданный УФМС, в котором указан адрес пребывания.

Без предоставления вышеуказанных документов процедура медицинского освидетельствования не начинается, бланки медицинской документации не заполняются.

14. Ответственная медицинская организация осуществляет:

1) заполнение медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у);

2) информирование о перечне осмотров врачами-специалистами, лабораторных и рентгенологических исследований, которые необходимо пройти в рамках медицинского освидетельствования, и медицинских организациях (их структурных подразделениях), где указанные осмотры и исследования проводятся;

3) оформление информированного добровольного согласия и направлений на проведение медицинского освидетельствования в части в части взятия крови на ВИЧ-инфекцию, диагностики туберкулеза, осмотров инфекциониста, фтизиатра, дерматовенеролога, врача психиатра-нарколога (наркологическое освидетельствование), согласия на обработку персональных данных;

4) сканирование всех документов, указанных в п. 12 настоящего Положения с целью создания их электронных копий;

5) оформление направлений на проведение лабораторных исследований и осмотров специалистами;

6) проводит распечатку из базы данных электронных документов:

а) сертификата о результатах тестирования на ВИЧ-инфекцию в одном экземпляре на специальном бланке сертификата;

каждый оформленный сертификат сканируется, сохраняется в базе данных, выдается иностранному гражданину или лицу без гражданства на руки ;

при положительном результате исследования либо в случае, если исследование не проводилось, сертификат не выдается;

б) медицинских заключений о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации в двух экземплярах на специальном бланке медицинского заключения;

7) внесение ответственным лицом на основании заключений, указанных в строках 8 - 10 медицинского заключения, соответствующего заключения в строку 11 медицинского заключения, заверяет подписью, печатью медицинской организации, на оттиске которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами;

8) учет выданных сертификатов и медицинских заключений;

9) хранение полного пакета документов о результатах медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (форма № 025/у, сканированные оригиналы сертификата о результатах тестирования на ВИЧ-инфекцию, медицинское заключение о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, о наличии (об отсутствии) наркологического расстройства, являющегося основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации) в течение 5 лет;

10) распечатывание журнала учета иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование на текущую дату по законченному освидетельствованию.

15. Процедура медицинского освидетельствования включает в себя следующие этапы:

1) дотестовое консультирование при обследовании на ВИЧ-инфекцию;

2) взятие крови для исследования на ВИЧ-инфекцию и сифилис;

3) осмотр инфекциониста в целях установления наличия (отсутствия) ВИЧ-инфекции и лепры с заполнением соответствующего раздела формы № 025/у и медицинского заключения;

4) проведение лабораторных исследований на ВИЧ-инфекцию и сифилис:

проведение исследования крови: определение антител класса IgG к *Treponema pallidum* методом иммуноферментного анализа и определение антител к *Treponema pallidum* в реакции пассивной гемагглютинации; определение антител к *Treponema pallidum* нетрепонемным тестом (РМП);

суммарное определение антител классов M, G (IgM и IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 1/ HIV 2 и антигена p24 в сыворотке или плазме крови человека;

послетестовое консультирование по результатам обследования на ВИЧ-инфекцию;

5) проведение диагностики туберкулеза:

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.

Диагностика туберкулеза у детей 0-14 лет проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»:

детям с 12-месячного возраста до 7 лет включительно проводится проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л, при отсутствии у ребенка вакцинации БЦЖ (БЦЖ-М) – с 6-месячного возраста до 7 лет включительно;

детям с 8 лет до 17 лет включительно проводят пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (ДИАСКИН-ТЕСТ);

осмотр фтизиатра в целях установления наличия (отсутствия) туберкулеза с заполнением соответствующего раздела формы № 025/у и медицинского заключения;

6) осмотр дерматовенеролога в целях установления наличия (отсутствия) сифилиса, и с заполнением соответствующего раздела формы № 025/у и медицинского заключения;

7) осмотр врача психиатра-нарколога (наркологическое освидетельствование), в целях установления наличия (отсутствия) наркологического расстройства с использованием метода иммунохроматографического анализа 5-мульти в моче с послетестовым консультированием по результатам обследования и с заполнением соответствующего раздела формы № 025/у и медицинского заключения;

забор исследуемой биологической жидкости (мочи) должен осуществляться в условиях, исключающих ее подмену и разбавление;

8) ввод всех результатов лабораторных и инструментальных исследований и осмотров инфекциониста, дерматовенеролога, фтизиатра, психиатра-нарколога в электронную медицинскую карту пациента;

9) выдача медицинских заключений о наличии (об отсутствии) наркологического расстройства, являющегося основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации в 2-х экземплярах на специальном бланке медицинского заключения;

10) ежедневная выдача готовых результатов медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (1 экземпляр сертификата о результатах тестирования на ВИЧ-инфекцию, 1 экземпляр медицинского заключения о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также о наличии (об отсутствии) наркологического расстройства, являющегося основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в российской федерации) под подпись;

11) распечатку заполненной формы № 025/у в 2-х экземплярах, журнала учета иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование на текущую дату по законченному освидетельствованию;

12) комплектование пакета документов о результатах медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (форма № 025/у, медицинское заключение о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, о наличии (об отсутствии) наркологического расстройства, являющегося основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации.

16. Медицинское освидетельствование, включая выдачу сертификата и медицинского заключения, проводится в срок, не превышающий 5 рабочих дней со дня обращения медицинского освидетельствования иностранного гражданина или лица без гражданства в ответственную медицинскую организацию и начала процедуры медицинского освидетельствования.

17. Сертификат и медицинское заключение действительны в течение трех месяцев с даты их выдачи.

18. В случае отказа иностранного гражданина или лица без гражданства от проведения медицинского освидетельствования или от прохождения хотя бы одного из осмотров врачами-специалистами, лабораторных и рентгенологических исследований, предусмотренных Положением, сертификат и медицинское заключение не оформляются.

19. Все случаи инфекционных заболеваний, выявленные у иностранных граждан и лиц без гражданства, должны регистрироваться в журнале учета инфекционных заболеваний (форма № 60-у) по месту выявления.

20. В случае выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний (либо подозрений на заболевание), представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, ответственная медицинская организация готовит пакет документов для предоставления в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области.

Дообследование иностранных граждан и лиц без гражданства проводится вне временных рамок медицинского освидетельствования в специализированных медицинских организациях:

при подозрении на туберкулез – ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер»

при подозрении на сифилис, лепру – ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер».

21. Действия ответственной медицинской организации при выявлении у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации:

1) Туберкулез:

При выявлении (подозрении) на туберкулез необходимо заполнить:

- уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявленных в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваниях, опасных для населения и необходимости дообследования;

- экстренное извещение о выявлении (подозрении) инфекционного заболевания (формы 089/у-туб и 058/у), основание: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.08.2003 № 410 «Об утверждении учетной формы № 089/у-туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза» и приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

- направление иностранного гражданина или лица без гражданства на дообследование;

- уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение), об ответственности за сокрытие контактных лиц;

- при сокрытии информации о контактных – уведомление в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области о факте сокрытия контактных лиц иностранным гражданином или лицом без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение).

ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер» организует:

а) проведение дообследования иностранных граждан и лиц без гражданства на договорной основе с использованием следующих методов:

- флюорография легких либо рентгенологическое исследование легких;

- молекулярно-биологическое исследование мокроты на ДНК микобактерий туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) (при наличии медицинских показаний);

- бактериоскопическое исследование мокроты (окраска по Циль-Нильсону) (при наличии медицинских показаний), основание: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»;

б) подачу экстренных извещений о выявлении (подозрении) инфекционного заболевания (формы 089/у-туб и 058/у), основание: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.08.2003 № 410 «Об утверждении учетной формы № 089/у-туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза» и приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»;

в) проведение лечения иностранных граждан и лиц без гражданства с диагнозом туберкулез на договорной основе;

2) Сифилис, лепра:

При выявлении (подозрении) на сифилис, лепру необходимо заполнить

- уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявленных в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваниях, опасных для населения и необходимости дообследования;

- экстренное извещение о выявлении (подозрении) инфекционного заболевания (форма № 058/у);

- направление иностранного гражданина или лица без гражданства на дообследование;

- уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение), об ответственности за сокрытие контактных лиц;

- при сокрытии информации о контактных – уведомление в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области о факте сокрытия контактных лиц

иностранным гражданином или лицом без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение).

ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» организует:

а) проведение дообследования иностранных граждан и лиц без гражданства на договорной основе, в том числе бактериоскопическое исследование соскоба слизистой оболочки носа (окраска по Циль-Нильсону) (при наличии медицинских показаний),

б) подачу экстренных извещений (форма 058/у) в случае подтверждения (снятия) диагноза;

в) проведение лечения иностранных граждан и лиц без гражданства с диагнозом сифилис, лепра на договорной основе;

3) ВИЧ-инфекция:

При выявлении ВИЧ-инфекции необходимо заполнить:

- уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявленных в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваниях, опасных для населения;

- экстренное извещение о выявлении (подозрении) инфекционного заболевания (форма № 058/у);

- уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение), об ответственности за сокрытие контактных лиц;

- при сокрытии информации о контактных – уведомление в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области о факте сокрытия контактных лиц иностранным гражданином или лицом без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение).

- карту эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции;

- уведомление от иностранного гражданина или лица без гражданства, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлена ВИЧ-инфекция о наличии родственников в Российской Федерации.

22. Действия ответственной медицинской организации при выявлении у иностранного гражданина или лица без гражданства наркологического расстройства (либо подозрения на заболевание), являющегося основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации:

- в случае выявления положительного результата при исследовании мочи методом иммунохроматографического анализа 5-мульти, либо в случае отрицательного теста, но при подозрении на наличие наркологического расстройства, а также в случае несогласия иностранного гражданина или лица без

гражданства с положительным результатом обследования данный гражданин направляется на дообследование в ГАУЗ СО «Областной наркологический диспансер»;

- в амбулаторную карту вклеивается уведомление иностранного гражданина или лица без гражданства о выявленных в ходе медицинского освидетельствования наркологических расстройствах (подозрении), и направлении его на дообследование, затем при последующей явке – результат дообследования.

ГАУЗ СО «Областной наркологический диспансер» организует:

а) проведение дообследования иностранного гражданина или лица без гражданства на договорной основе, с использованием подтверждающих методов химико-токсикологического исследования (спектральные, хроматографические: специализированные системы для обнаружения опиатов, каннабиноидов, бензодиазепинов на основе тонкослойной хроматографии, газожидкостная хроматография, высокоэффективная жидкостная хроматография, хроматомасс-спектрометрия). Дообследование иностранных граждан и лиц без гражданства проводится вне временных рамок медицинского освидетельствования;

б) проведение лечения иностранного гражданина или лица без гражданства с диагнозом наркологического расстройства на договорной основе;

в) выдачу иностранному гражданину или лицу без гражданства заключения о результате дообследования.

Приложение
к Положению об организации процедуры
осуществления медицинского
освидетельствования иностранных граждан
и лиц без гражданства в Свердловской
области

Наименование ответственной медицинской
организации _____

Адрес _____

Лицензия _____

Код формы по ОКПДУ _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Форма № 001-ИЗ

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации

«29» июня 2015 г. № 384н

Медицинское заключение № _____
о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний,
представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием
для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения
на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства,
или вида на жительство, или патента, или разрешения
на работу в Российской Федерации

от " _____ " _____ 20 _____ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____; место рождения _____

3. Пол (мужской/женский) _____

4. Документ, удостоверяющий личность _____

(N, серия, дата и место выдачи)

5. Место жительства (место пребывания, место фактического проживания)

(нужное подчеркнуть)

субъект Российской Федерации _____ район _____

город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____

6. Страна постоянного (преимущественного) проживания

7. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации

8. Заключение _____

(наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний)

Врач-фтизиатр _____

Подпись

Ф.И.О.

" _____ " _____ 20 _____ г.

(дата освидетельствования)

М.П.

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
 _____ Подпись _____ Ф.И.О.
 " " _____ 20 ____ г.

 (дата)
 М.П.

9. Заключение _____
 _____ (наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний)
 Врач-дерматовенеролог _____
 _____ Подпись _____ Ф.И.О.
 " " _____ 20 ____ г.

 (дата освидетельствования)
 М.П.

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
 _____ Подпись _____ Ф.И.О.
 " " _____ 20 ____ г.

 (дата)
 М.П.

10. Заключение _____
 _____ (наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний)
 Врач-инфекционист _____
 _____ Подпись _____ Ф.И.О.
 " " _____ 20 ____ г.

 (дата освидетельствования)
 М.П.

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
 _____ Подпись _____ Ф.И.О.
 " " _____ 20 ____ г.

 (дата)
 М.П.

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области от 30 АЕН 2019 № 2423-п.

Формы документов для организации медицинского освидетельствования
иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области

Штамп учреждения

Код учреждения

**Амбулаторная карта
медицинского освидетельствования иностранного гражданина и лица без
гражданства**

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

(число, месяц, год)

Место рождения _____

Пол: М/Ж

Паспорт (серия) _____ (номер) _____

дата и место выдачи _____

Гражданство _____

Страна постоянного (преимущественного) проживания _____

Миграционная карта (серия) _____ (номер) _____

Дата прибытия в Российскую Федерацию _____

Планируемый период пребывания в Российской Федерации: _____

Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

Телефон _____

Место работы _____ должность _____

Образование: начальное, среднее, среднее специальное, высшее, неизвестно

Социальный статус: рабочий, служащий, учащийся, безработный, другое _____

Семейное положение: гражданский брак, женат, холост, разведен

Сведения о детях (до 18 лет) _____

**Информированное добровольное согласие
иностранного гражданина или лица без гражданства на проведение медицинского
освидетельствования для получения разрешения на временное проживание, вида на
жительство или разрешения на работу, в том числе с выдачей (переоформлением) патента
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, медицинская организация обязана подать сведения о моем здоровье
уполномоченным организациям.

В случае если мне необходимо проведение дополнительного обследования, я обязуюсь в
течение 10 дней предоставить результаты дополнительных исследований по месту требования

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)

*Заполняется в 1 экземпляре и вклеивается в амбулаторную карту

Штамп медицинской организации

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю

_____ (название медицинской организации)

согласие на сбор, обработку, хранение, использование, обновление, систематизацию моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, адрес проживания (фактического места пребывания), адрес регистрации в УФМС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медико-профилактической деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право в связи с моим заболеванием медицинским работникам передавать мои персональные данные другим медицинским должностным лицам в интересах моего обследования и лечения, а также проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при условии, что работа с ними будет осуществляться должностным лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия за исключением случаев, предусмотренных п. 4 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ.

Настоящее согласие, данное мной _____ г, и действует бессрочно.

Дата рождения _____ Место рождения _____

(число, месяц, год) (на основании паспорта или документа его заменяющего)

Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

Контактный телефон _____ Пол (м/ж) _____

Подпись _____

Осмотр врача-инфекциониста

-----информация из общей части ЭМК начало-----

№ карты _____
 Информированное согласие на обследование (да, нет) _____
 Фамилия, имя, отчество больного _____
 Дата рождения (число, месяц, год) _____
 Пол (нужное подчеркнуть): мужской, женский _____
 Документ, удостоверяющий личность больного _____ № документа _____
 _____ серия _____ дата выдачи _____ кем выдан _____
 Прибыл из (указать откуда) _____
 Адрес фактического пребывания: область _____ город _____ район _____
 с/с _____ нас. пункт _____ улица _____ дом _____ корпус _____
 квартира _____ телефон _____

-----информация из общей части ЭМК окончание-----

-----начало протокола осмотра врача-инфекциониста общей части ЭМК -----

Жалобы: _____
 Температура тела: _____ °С Место измерения: аксиллярно, ректально, во рту.
 Анамнез заболевания: _____
 Контакт с инфекционными больными за 21 день: да/нет _____
 Анамнез жизни: _____
 Аллергоанамнез: _____
 Перенесенные ранее инфекционные заболевания: _____
 В анамнезе вирусный гепатит В (если да, уточнение), вирусный гепатит С (если да, уточнение). Туберкулез в анамнезе (если да, уточнение). Сифилис в анамнезе (если да, уточнение). ВИЧ-инфекция в анамнезе (если да, уточнение).
 Общее состояние: удовлетворительное/относительно удовлетворительное/средней степени тяжести.
 Сознание: ясное/спутанное/ступор/сопор/умеренное оглушение/глубокое оглушение.
 Поведение: Адекватное/неадекватное/конфликтное/заторможенное/эйфоричное.
 Кожные покровы: Чистые. Физиологической окраски/умеренно бледные/бледные/серые/багровые/«мраморные»/«кофе с молоком»/бронзовые/гиперпигментация/цианотичные/гиперемированные/иктеричные/субиктеричные/акроцианоз/диффузный (общий) цианоз. Патологические высыпания: отсутствуют/_____
 Видимые слизистые: Чистые. С очагами кровоизлияния. Экзантема. Без видимых высыпаний/высыпания _____. Розовые/бледно-розовые/бледные/цианотичные/иктеричные/субиктеричные.
 Склеры: нормальные/субиктеричные/желтушные/инъецированные.
 Периферические лимфоузлы: увеличены/не увеличены.
 Тоны сердца: Ясные/приглушенные/глухие. Ритмичные/аритмичные. ЧСС _____ в мин.
 Дыхание: Ритмичное/патологическое. Везикулярное / жесткое / бронхиальное / амфорическое. Нормальное / Усилено / Ослаблено / Умеренно ослаблено.
 ЧД _____ в мин. Хрипы: нет / сухие / влажные / рассеянные.
 Пищеварительная система: не изменена/изменена _____
 Живот: мягкий/напряженный, вздут/не вздут, не увеличен/увеличен. При пальпации безболезненный/умеренно болезненный/резко болезненный.
 Селезенка: не пальпируется/увеличена.
 Стул: без особенностей/в норме/запоры/диарея.
 Мочеиспускание: без особенностей/нормальное/учащенное/редкое/затрудненное.
 Проведенные анализы и исследования: _____
 Диагноз основной: код по МКБ-10 _____, расшифровка _____
 Диагноз сопутствующий: код по МКБ-10 _____, расшифровка _____
 Дата установления диагноза: Дата; время _____
 План обследования: _____
 Опасность для окружающих: Не представляет / Представляет _____
 Диспансерному учету: не подлежит / подлежит _____
 Нуждается в лечении: Да / Нет _____
 Лечение: стационарное/амбулаторное _____
 Дополнение к осмотру инфекциониста: _____
 Врач - инфекционист _____ подпись _____ ФИО врача _____

-----окончание протокола осмотра врача-инфекциониста общей части ЭМК -----

Печать врача

Печать медицинского учреждения

Осмотр врача-дерматовенеролога

-----информация из общей части ЭМК начало-----

№ карты _____
 Информированное согласие на обследование (да, нет) _____
 Фамилия, имя, отчество больного _____
 Дата рождения (число, месяц, год) _____
 Пол (нужное подчеркнуть): мужской, женский _____
 Документ, удостоверяющий личность больного _____ № документа _____
 серия _____ дата выдачи _____ кем выдан _____
 Прибыл из (указать откуда) _____
 Адрес фактического пребывания: область _____ город _____ район _____ с/с _____
 нас. пункт _____ улица _____ дом _____ корпус _____
 квартира _____ телефон _____

-----информация из общей части ЭМК окончание-----

-----начало протокола осмотра врача-дерматовенеролога общей части ЭМК -----

Жалобы: _____

Анамнез заболевания: Сифилисом не болел. Перенёс сифилис в _____ году. Лечился от сифилиса в _____ году. На учёте у дерматовенеролога состоял/не состоял. Контакт с больным сифилисом отрицает/в _____ году.

Анамнез жизни: Злоупотребление алкоголем отрицает./Злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотических и психоактивных веществ отрицает./Наличествуют следы употребления наркотических и психоактивных веществ. В местах лишения свободы не находился./Находился в местах лишения свободы. ВИЧ-инфекция не выявлена./ВИЧ-инфицирован с _____ года.

Общее состояние: удовлетворительное/относительно удовлетворительное/средней степени тяжести.

Кожные покровы: Чистые. Физиологической окраски / Умеренно бледные / бледные / серые / багровые / «мраморные» / «кофе с молоком» / бронзовые / гиперпигментация / цианотичные / гиперемизированные / иктеричные / субиктеричные / акроцианоз / диффузный (общий) цианоз. Патологические высыпания: отсутствуют/_____.

Характер кожного процесса: распространенный/ограниченный.

Область: шеи/лица/волосистой части головы/груди/спины/живота/лобка/нижних конечностей/верхних конечностей.

Папулы: крупные/мелкоточечные, не обильные/множественные.

Эрозии: единичные/множественные; везикулы; корочки; пятна; трещины; шелушения; чешуйки; бляшки; рубчики; язвочки; волдырь; атрофия; дермографизм; эритема; инфильтрация выраженная/умеренная.

Видимые слизистые: Чистые. С очагами кровоизлияния. Экзантема. Без видимых высыпаний/высыпания _____. Розовые / бледно-розовые / бледные / цианотичные / иктеричные / субиктеричные.

Периферические лимфоузлы: увеличены/не увеличены.

Мочеиспускание: без особенностей/нормальное/учащенное/редкое/затрудненное.

Стул: без особенностей/в норме/запоры/диарея.

Проведенные анализы и исследования:

Результат обследования крови методом ИФА _____

Результат обследования крови методом РМП _____

Результат обследования крови методом РПГА _____

Другие исследования: _____

Предварительный диагноз:

Диагноз: код по МКБ-10 _____ расшифровка _____

Дата и время установления диагноза _____

Опасность для окружающих: представляет / не представляет

Подлежит / не подлежит диспансерному учёту. Группа диспансерного учёта _____

Лечение: Не нуждается в лечении / Нуждается амбулаторном лечении, в т.ч. в дневном стационаре / Нуждается стационарном лечении.

Назначена дата госпитализации "___" _____ 20__ г. В учреждение _____

Врач - фтизиатр _____ подпись _____ ФИО врача _____

-----окончание протокола осмотра врача-дерматовенеролога общей части ЭМК -----

Печать врача

Печать медицинского учреждения

Осмотр врача-фтизиатра

-----информация из общей части ЭМК начало-----

№ карты _____
 Информированное согласие на обследование (да, нет) _____
 Фамилия, имя, отчество больного _____
 Дата рождения (число, месяц, год) _____ Пол (нужное подчеркнуть): мужской,
 женский _____
 Документ, удостоверяющий личность больного _____ № документа
 _____ серия _____ дата выдачи _____ кем выдан _____
 Прибыл из (указать откуда) _____
 Адрес фактического пребывания: область _____ город _____ район _____ с/с _____
 нас. пункт _____ улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____ телефон _____

-----информация из общей части ЭМК окончание-----

-----начало протокола осмотра врача-фтизиатра общей части ЭМК -----

Жалобы: _____
Туберкулезный анамнез: Туберкулезом не болел. Перенёс туберкулёз в _____ году.
 Лечился от туберкулёза в _____ году. На учёте у фтизиатра состоял/не состоял.
 Контакт с туберкулезным больным отрицает/в _____ году.
Анамнез жизни: Злоупотребление алкоголем отрицает./Злоупотребляет алкоголем.
 Употребление наркотических и психоактивных веществ отрицает./Наличиваются следы
 употребления наркотических и психоактивных веществ. В местах лишения свободы не
 находился./Находился в местах лишения свободы. ВИЧ-инфекция не выявлена./ВИЧ-
 инфицирован с _____ года.
Общее состояние: удовлетворительное/средней степени тяжести.
Кожные покровы: Чистые. Физиологической окраски / Умеренно бледные / бледные /
 серые / багровые / «мраморные» / «кофе с молоком» / бронзовые / гиперпигментация /
 цианотичные / гиперемированные / иктеричные / субиктеричные / акроцианоз /
 диффузный (общий) цианоз. Патологические высыпания: отсутствуют/_____
 Трофические язв нет / Трофические язвы: единичные / множественные. Длина _____ мм
 ширина _____ мм.
Видимые слизистые: Чистые/_____ Экзантема. Без видимых высыпаний/_____
 Розовые / бледно-розовые / бледные / цианотичные / иктеричные / субиктеричные.
Периферические лимфоузлы: увеличены/не увеличены.
Тоны сердца: Ясные/приглушенные/глухие. Ритмичные/аритмичные. ЧСС _____ в мин.
Дыхание: Ритмичное/патологическое. Везикулярное / жесткое / бронхиальное /
 амфорическое. Нормальное / Усилено / Ослаблено / Умеренно ослаблено. ЧД _____ в
 мин. Хрипы: нет / сухие / влажные / рассеянные.
Перкуторно над легкими: ясный лёгочный звук/с коробочным оттенком.
Живот: мягкий/напряженный, вздут/не вздут, не увеличен/увеличен. При пальпации
 безболезненный/умеренно болезненный/резко болезненный.
Мочепуспускание: без особенностей/нормальное/учащенное/редкое/затрудненное.
Стул: без особенностей/в норме/запоры/диарея.
Проведенные анализы и исследования:
 Результат флюорографического обследования _____
 Результат рентгенологического обследования _____
 Результат компьютерной томографии _____
 Результат бактериоскопии мокроты _____
 Результат молекулярно-генетических методов исследования _____
 Реакция Манту, ДИАСКИНТЕСТ _____
 Результат гистологического исследования (нужное подчеркнуть):
 при пункции; при эндоскопическом исследовании; _____
Предварительный диагноз:
 Клиническая форма туберкулеза _____
 код по МКБ-10 _____ расшифровка _____
 Дата установления диагноза " " _____ 20__ г.
 Опасность для окружающих: представляет / не представляет
 Подлежит / не подлежит диспансерному учёту. Группа диспансерного учёта _____
 Не нуждается в лечении / Нуждается амбулаторном лечении, в т.ч. в дневном
 стационаре / Нуждается стационарном лечении.
 Назначена дата госпитализации " " _____ 20__ г. В учреждение _____
 Врач - фтизиатр _____ подпись _____ ФИО врача _____

-----окончание протокола осмотра врача-фтизиатра общей части ЭМК -----

Печать врача

Печать медицинского учреждения

Осмотр врача психиатра-нарколога

-----информация из общей части ЭМК начало-----

№ карты _____
 Информированное согласие на обследование (да, нет) _____
 Фамилия, имя, отчество больного _____
 Дата рождения (число, месяц, год) _____ Пол (нужное подчеркнуть): мужской, женский
 Документ, удостоверяющий личность больного _____ № документа _____
 серия _____ дата выдачи _____ кем выдан _____
 Прибыл из (указать откуда) _____
 Адрес фактического пребывания: область _____ город _____ район _____ с/с _____ нас.
 пункт _____ улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____ телефон _____

-----информация из общей части ЭМК окончание-----

-----начало протокола осмотра врача-психиатра нарколога общей части ЭМК-----

Жалобы: _____
Наркологический анамнез: Употребление наркотических и психоактивных веществ отрицает./Лечился от наркомании (другого наркологического расстройства) в ____ году. На учёте у врача психиатра-нарколога состоял/не состоял.
Анамнез жизни: В местах лишения свободы не находился./Находился в местах лишения свободы. ВИЧ-инфекция не выявлена./ВИЧ-инфицирован с ____ года.
Общее состояние: удовлетворительное/средней степени тяжести.
Поведение (напряжен, замкнут, раздражен, возбужден, агрессивен, эйфоричен, болтлив, суетлив, настроение неустойчиво, сонлив, заторможен, жалуется ли на свое состояние (на что именно) _____
Состояние сознания, ориентировка в месте, времени, ситуации _____
Речевая способность (связность изложения, нарушения артикуляции, смазанность речи, результаты проведения пробы со счетом) _____
Вегетативно-сосудистые реакции (состояние сосудов кожных покровов и видимых слизистых, потливость, слюноотечение).
Кожные покровы: Чистые. Физиологической окраски / Умеренно бледные / бледные / серые / багровые / «мраморные» / «кофе с молоком» / бронзовые / гиперпигментация / цианотичные / типеремированные / иктеричные / субиктеричные / акроцианоз / диффузный (общий) цианоз. Наличествуют следы употребления наркотических и психоактивных веществ.
Патологические высыпания: отсутствуют/_____. Трофические язв нет / Трофические язвы: единичные / множественные. Длина _____ мм ширина _____ мм.
Видимые слизистые: Чистые/_____ Экзантема. Без видимых высыпаний/_____. Розовые / бледно-розовые / бледные / цианотичные / иктеричные / субиктеричные.
Дыхание (учащенное, замедленное) _____
Пульс _____; артериальное давление _____
Зрачки (сужены, расширены, реакция на свет) _____
Нистагм при взгляде в стороны _____
Двигательная сфера _____
Мимика (вялая, оживленная) _____
Походка (шатающаяся, разбрасывание ног при ходьбе, ходьба с быстрыми поворотами, пошатывание при поворотах) _____
Устойчивость в позе Ромберга _____
Точные движения (пальце-носовая проба и др.) _____
Дрожание век, языка, пальцев рук _____
Имеются ли признаки нервно-психических заболеваний, органического поражения центральной нервной системы, физического истощения, перенесенных травм (со слов освидетельствуемого)
Проведенные анализы и исследования:
 Результат химико-токсикологических исследований _____
Предварительный диагноз:
 код по МКБ-10 _____ расшифровка _____
 Дата установления диагноза "___" _____ 20__ г.
 Подлежит / не подлежит диспансерному учету. Группа диспансерного учёта _____
 Не нуждается в лечении / Нуждается амбулаторном лечении, в т.ч. в дневном стационаре /
 Нуждается стационарном лечении.
 Назначена дата госпитализации "___" _____ 20__ г. В учреждение _____
 Врач психиатр-нарколог _____ подпись _____ ФИО врача _____

-----окончание протокола осмотра врача психиатра-нарколога в общей части ЭМК-----

Печать медицинского учреждения

Печать врача

Штамп учреждения
Код учреждения

СЕРТИФИКАТ № _____
ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ НА АНТИТЕЛА
К ВИРУСУ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ)

CERTIFICATE
of test on antibodies to HIV

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 (№, 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 (Residence address)

_____ 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)

_____ Наименование, срок годности, серия тест-системы, с помощью которой 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

Сертификат действителен в течение трех месяцев со дня выдачи

Штамп лечебного учреждения
Код учреждения

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ № _____
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 (№, 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 выявлено / не выявлено наркомании

Подпись SIGNATURE
врача психиатра-нарколога _____

Подпись
обследованного _____

Дата: "___" _____ 20___ г.

Печать медицинской организации

Справка действительна в течение трех месяцев со дня выдачи.

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

_____ (Ф.И.О. иностранного гражданина)

уведомлен, о том, что в ходе медицинского освидетельствования у меня выявлено заболевание (подозрение на заболевание), опасное для населения.

_____ диагноз

Мне разъяснена необходимость прохождения дообследования в _____
(указать учреждение)

выдано направление на дообследование N _____.

Я обязуюсь в течение 3 рабочих дней предоставить в Управление Роспотребнадзора по Свердловской области (г. Екатеринбург, пер. Отдельный, 3) 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 2-х экземплярах, один экземпляр выдается на руки иностранному гражданину или лицу без гражданства, другой - вклеивается в амбулаторную карту.

Штамп лечебного учреждения

Код учреждения

**УВЕДОМЛЕНИЕ
ОТ ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА,
У КОТОРОГО В ХОДЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВЫЯВЛЕНА
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ О НАЛИЧИИ РОДСТВЕННИКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На основании Постановления Конституционного Суда Российской Федерации от 12 марта 2015 года № 4-П, решение о нежелательности пребывания (проживания) в Российской Федерации выноситься не будет в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, у которых выявлена ВИЧ-инфекция при прохождении медицинского освидетельствования, при условии отсутствия нарушений законодательства Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции и наличия родственников или членов семьи - граждан Российской Федерации или иностранных граждан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации.

В связи с чем сообщаю, что я имею родственников – граждан Российской Федерации, или иностранных граждан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации (имеют вид на жительство иностранного гражданина в Российской Федерации):

1) супруг (супруга) – да/нет

Ф.И.О. _____

2) дети, в том числе усыновленные, - да/нет

Ф.И.О. _____

3) родители, в том числе приемные - да / нет

Ф.И.О. _____

Я, _____

Гражданин (ка) _____, достоверность информации удостоверяю

Дата _____

Подпись _____

**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
(Ф.И.О. 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 _____

Ф.И.О. врача _____, подпись _____

М.П.

<*> направление заполняется в 2-х 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 _____
(Ф.И.О. иностранного 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.

Ф.И.О. контактных лиц:

1.

2.

3.

Дата _____

Ф.И.О. врача _____ подпись _____

Подпись иностранного гражданина _____

<*> заполняется в одном экземпляре, который вклеивается в амбулаторную карту.

Бланк учреждения

**УВЕДОМЛЕНИЕ
В УПРАВЛЕНИЕ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**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 _____

УТВЕРЖДАЮ:
 Руководитель медицинской организации,
 уполномоченной на проведение освидетельствования
 мигрантов и лиц без гражданства
 _____ Ф.И.О.

М.П.

РЕШЕНИЕ

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

по случаю выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционного заболевания, предусмотренного перечнем, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.06.2015 № 384н «Об утверждении перечня инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также порядка подтверждения их наличия или отсутствия, а также формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний»

от «__» _____ 20__ г.

№ _____

Медицинская организация, ответственная за организацию медицинского освидетельствования мигрантов и лиц без гражданства на территории Свердловской области

_____ наименование

УСТАНОВИЛА:

Гражданин (страна) _____
 Ф.И.О. _____

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

МКБ-10 _____, что создает 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.

Бланк медицинской организации

СПРАВКА
о неявке в специализированное учреждение для дообследования

Настоящим подтверждаю, что иностранный гражданин (лицо без гражданства)

(ФИО иностранного гражданина)

Дата рождения _____,

Паспорт: серия _____ № _____

у которого(ой) в ходе медицинского освидетельствования _____

(дата медосвидетельствования)

выявлено подозрение на инфекционное заболевание

(указать заболевание)

В _____

(полное наименование специализированного учреждения)

в установленные сроки для дообследования не явился (ась).

Подпись руководителя _____

М.П.

Бланк медицинской организации

Отказ от проведения лечения

Я, _____
 _____ (ФИО)
 _____ года рождения, паспорт серия _____ № _____
 проживающий по адресу _____
 отказываюсь от проведения лечения _____ на договорной основе

Мне даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), включая данные о результатах обследования и прогнозе, методах лечения, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

Мне разъяснены возможные последствия моего отказа от предлагаемого лечения.

Я осознаю, что отказ от лечения или проведения медицинского вмешательства может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и привести к неблагоприятному исходу.

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись пациента / законного представителя: _____

Расписался в моем присутствии

Медицинский работник (ФИО, должность) _____ (подпись)

**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.

Формы отчета о прохождении медицинского освидетельствования иностранными гражданами и лицами без гражданства**Отчет о результатах медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (за день, неделю, месяц, год с нарастающим итогом)**

по медицинской организации, субъекту РФ

№ п/п	Название медицинской организации	Всего обследовано	в том числе выявлено				
			ВИЧ-инфекция	лепра	сифилис	туберкулез	наркомания
1							
2							
3							
...							
	Итого						

Список иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование

Наименование

МО: _____

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Страна гражданства	Национальный паспорт (серия)	Национальный паспорт (номер)	Национальный паспорт (дата выдачи)	Номер сертификата об обследовании на отсутствие антител к ВИЧ	Дата выдачи сертификата об обследовании на отсутствие антител к ВИЧ	Номер медицинского заключения	Дата выдачи медицинского заключения	Выявлены инфекционные заболевания (код по МКБ-10)					
													Туберкулез	Сифилис	ВИЧ	Лепра		

Заполняется ежедневно, отправляется в ГБУЗ СО «МИАЦ» ежедневно по ViPNet «Деловая почта»

Количество иностранных граждан и лиц без гражданства, прошедших медицинское освидетельствование и количество выявленных инфекционных заболеваний

Наименование МО: _____

Период с: _____ по: _____

Прошло процедуру медицинского освидетельствования, (кол-во человек)	
Выявлен туберкулез, (кол-во человек)	
Выявлен сифилис, (кол-во человек)	
Выявлена ВИЧ-инфекция, (кол-во человек)	
Выявлена лепра, (кол-во человек)	

Заполняется ежемесячно, в отчетную форму на monitoring.mis66.ru