

ПРИКАЗ

«26» августа 2024

№ 128/18

г. Ижевск

**Об утверждении форм заключений медицинской организации о состоянии здоровья граждан для предоставления социальных услуг**

В соответствии с пунктом 28 Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг на территории Удмуртской Республики, утвержденного постановлением Правительства Удмуртской Республики от 22 декабря 2014 года № 540 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг на территории Удмуртской Республики», приказываем:

1. Утвердить прилагаемые:

форму заключения о состоянии здоровья несовершеннолетнего для предоставления социальных услуг;

форму заключения о состоянии здоровья несовершеннолетнего для предоставления социальных услуг (без предоставления социально-медицинских услуг);

форму заключения о состоянии здоровья гражданина для предоставления социальных услуг;

форму заключения о состоянии здоровья гражданина для предоставления социальных услуг (без предоставления социально-медицинских услуг).

2. Рекомендовать руководителям медицинских организаций использовать в своей работе формы заключений, предусмотренные пунктом 1 настоящего приказа.

3. Признать утратившим силу приказ Министерства социальной, семейной и демографической политики Удмуртской Республики и Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 4 апреля 2017 года № 263/7 «Об утверждении форм заключений о состоянии здоровья граждан для предоставления социальных услуг».

4. Опубликование настоящего приказа обеспечивает Министерство социальной политики и труда Удмуртской Республики.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра социальной политики и труда Удмуртской Республики Чернова А.А. и заместителя министра здравоохранения Удмуртской Республики Соколову Н.В.

6. Настоящий приказ вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования.

Заместитель Председателя  
Правительства Удмуртской  
Республики - министр социальной  
политики и труда Удмуртской  
Республики



О.В. Лубнина



Исполняющий обязанности  
министра здравоохранения  
Удмуртской Республики



А.Р. Ишниязова

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства социальной  
политики и труда Удмуртской Республики  
и Министерства здравоохранения  
Удмуртской Республики

от «26» августа 2024 года № 128/18

Форма

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о состоянии здоровья несовершеннолетнего  
для предоставления социальных услуг

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации по месту наблюдения \_\_\_\_\_

Состоит на диспансерном учете (диагноз с какого времени, дата последнего обострения) \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

### Данные лабораторных исследований:

Общий анализ мочи \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Общий анализ крови \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Анализ кала на яйца гельминтов \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Анализ кала на энтеробиоз \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Анализ крови на RW (с 12 лет) \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Флюорография (с 15 лет) \_\_\_\_\_

### Заключение педиатра:

Рекомендовано прохождение курса реабилитации в реабилитационном центре (отделении) для детей и подростков с ограниченными возможностями.

Медицинские противопоказания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 года № 202н, не выявлены/выявлены\* (нужное подчеркнуть).

Рекомендации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

Контакт с инфекциями: \_\_\_\_\_

---

Срок действия заключения: 10 дней с даты выдачи.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
дата выдачи заключения

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

М.П. медицинской организации

---

\* при наличии у несовершеннолетнего медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, дополнительно к настоящему заключению выдается заключение по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 года № 202н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний».

---

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства социальной  
политики и труда Удмуртской Республики  
и Министерства здравоохранения  
Удмуртской Республики

от «26» августа 2024 года № 128/18

Форма

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**о состоянии здоровья несовершеннолетнего  
для предоставления социальных услуг  
(без предоставления социально-медицинских услуг)**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации по месту наблюдения \_\_\_\_\_

Данные лабораторных исследований:

Анализ кала на яйца гельминтов \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Анализ кала на энтеробиоз \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Заключение педиатра:

Рекомендовано прохождение курса реабилитации в реабилитационном  
отделении для детей и подростков с ограниченными возможностями.

Рекомендации: \_\_\_\_\_

Контакт с инфекциями: \_\_\_\_\_

Срок действия заключения: 10 дней с даты выдачи.

«  » \_\_\_\_\_ 20   г.  
дата выдачи заключения

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

М.П. медицинской организации

\_\_\_\_\_

УТВЕРЖДЕНА  
приказом Министерства социальной  
политики и труда Удмуртской Республики  
и Министерства здравоохранения  
Удмуртской Республики  
от «26» августа 2024 года № 128/18

Форма

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**о состоянии здоровья гражданина**  
**для предоставления социальных услуг**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации по месту наблюдения \_\_\_\_\_

Основной диагноз (развернутый, функциональный) \_\_\_\_\_

Код основного диагноза по МКБ \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Код диагноза сопутствующего заболевания по МКБ \_\_\_\_\_

Результаты обследования: ФЛГ \_\_\_\_\_

анализ крови от \_\_\_\_\_ гемоглобин \_\_\_\_\_ лейкоциты \_\_\_\_\_ СОЭ \_\_\_\_\_

общий анализ мочи от \_\_\_\_\_

ЭКГ (заключение) от \_\_\_\_\_

Заключение гинеколога от \_\_\_\_\_

**Сведения об отсутствии или наличии противопоказаний:**  
заболевания, в том числе инфекционные, в острой и подострой стадии

хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации \_\_\_\_\_

активная форма туберкулеза \_\_\_\_\_

хронический алкоголизм, наркомания \_\_\_\_\_

венерические заболевания \_\_\_\_\_

тяжелые (выраженные, значительно выраженные) психические расстройства

нарушения функции тазовых органов тяжелой степени \_\_\_\_\_  
 трофические нарушения, требующие перевязок и (или) хирургического  
 лечения \_\_\_\_\_

неспособность к самообслуживанию и активному передвижению \_\_\_\_\_

**Заключение:**

Рекомендовано прохождение реабилитационного курса в социально-реабилитационном центре (социально-реабилитационном отделении) для граждан пожилого возраста и инвалидов.

Медицинские противопоказания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 года № 202н, не выявлены/выявлены\* (нужное подчеркнуть).

**Постоянная медикаментозная терапия** (название препарата, дозировка, кратность приема) \_\_\_\_\_

**Рекомендации** лечащего врача по плановому поддерживающему лечению в социально-реабилитационном центре (социально-реабилитационном отделении) для граждан пожилого возраста и инвалидов \_\_\_\_\_

Срок действия заключения: 6 месяцев с даты выдачи.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
 дата выдачи заключения

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 расшифровка подписи

М.П. медицинской организации

\* при наличии у гражданина медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, дополнительно к настоящему заключению выдается заключение по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 года № 202н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний».

УТВЕРЖДЕНА  
приказом Министерства социальной  
политики и труда Удмуртской Республики  
и Министерства здравоохранения  
Удмуртской Республики  
от «26» августа 2024 года № 128/18

Форма

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**о состоянии здоровья гражданина для предоставления социальных услуг  
(без предоставления социально-медицинских услуг)**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации по месту наблюдения \_\_\_\_\_

**Сведения об отсутствии или наличии противопоказаний:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Рекомендации:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Заключение:**

Рекомендовано прохождение реабилитационного курса в социально-реабилитационном отделении для граждан пожилого возраста и инвалидов.

Срок действия заключения: 6 месяцев с даты выдачи.

«  »    20   г.  
дата выдачи заключения

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи

М.П. медицинской организации

\_\_\_\_\_