



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

ПРИКАЗ

15 апреля 2024

№ 159

г. Барнаул

Об утверждении формы медицинского заключения о наличии (отсутствии) нуждаемости в постоянном постороннем уходе по состоянию здоровья

В рамках межведомственного взаимодействия и во исполнение постановления Правительства Алтайского края от 03.04.2024 № 90 «Об утверждении Порядка установления отсутствия обстоятельств, свидетельствующих о необходимости оказания лицам, которые относились к категории детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и достигли возраста 23 лет, содействия в преодолении трудной жизненной ситуации» приказываю:

1. Утвердить форму медицинского заключения о наличии (отсутствии) нуждаемости в постоянном постороннем уходе по состоянию здоровья для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и достигли возраста 23 лет (приложение).

2. Главным врачам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению, довести информацию о форме медицинского заключения о наличии (отсутствии) нуждаемости в постоянном постороннем уходе по состоянию здоровья для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и достигли возраста 23 лет до врачебных комиссий.

Министр

Д.В. Попов

ПРИЛОЖЕНИЕ

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края

от 15.04. 2024 № 159

ФОРМА

медицинского заключения о наличии (отсутствии) нуждаемости в постоянном постороннем уходе по состоянию здоровья для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и достигли возраста 23 лет

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Лицензия _____

Медицинское заключение о наличии (отсутствии) нуждаемости в постоянном постороннем уходе по состоянию здоровья

Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

Дата, месяц и год рождения: _____

СНИЛС: _____

Домашний адрес: _____

Наличие группы инвалидности: (да, нет, при наличии указать группу): _____

Основной диагноз по МКБ-10: _____

Сопутствующие заболевания по МКБ-10: _____

I. Способность к самообслуживанию (нужные строки подчеркнуть):

- 1) обслуживает себя полностью, без посторонней помощи;
- 2) полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание;
- 3) полная или частичная утрата способности самостоятельно передвигаться;
- 4) полная или частичная утрата способности обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания;
- 5) полная или частичная утрата способности обеспечивать основные жизненные потребности в силу наличия инвалидности.

II. Нуждается (не нуждается) в постоянном постороннем уходе (нужное подчеркнуть).

Председатель врачебной
комиссии: _____

Члены комиссии: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

печать медицинской организации

« ____ » _____ 20__ год
(дата выдачи справки)