Приложение 1

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о наличии (отсутствии) заболеваний, включенных в перечень**

**медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано,**

**в том числе временно, в предоставлении социальных услуг**

**в стационарной форме**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| от « | \_\_ | » | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 20 | \_\_ | г. |

1. Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование и адрес медицинской организации)

2. Наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, куда представляется заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4. Пол (мужской/женский) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

6. Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

7. Заключение (ненужное зачеркнуть):

Выявлено наличие (отсутствие) заболеваний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Председатель врачебной комиссии: |  |  |  |  |  |
|  | (Ф.И.О.) |  | (подпись) |  | (дата) |
|  | М.П. | | | |  |

Примечание: перечень медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование заболеваний | Код заболеваний по МКБ-10 |

| 1 | 2 | 3 |
| --- | --- | --- |
| 1. | Туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом посева | А15; А17-А19 |
| 2. | Злокачественные новообразования, сопровождающиеся обильными выделениями | С00-С97 |
| 3. | Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями | F01; F03-F09;  F20-F29; F30-F33 |
| 4. | Эпилепсия с частыми припадками | G40-G41 |
| 5. | Трахеостома, каловые, мочевые свищи, пожизненная нефростома, стома мочевого пузыря (при невозможности выполнения реконструктивной операции на мочевых путях и закрытия стомы), не корригируемое хирургически недержание мочи, противоестественный анус (при невозможности восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта), пороки развития лица и черепа с нарушением функции дыхания, жевания, глотания | Z93.0; Z93.2-Z93.6; K63.2; N28.8; N32.1-N32.2; N36.0; N39.4; N82; Q35-Q37;  Q67.0-Q67.4; |
| 6. | Гангрена и некроз легкого, абсцесс легкого | J85.0-J85.2 |
| 7. | Тяжелые хронические заболевания кожи с множественными высыпаниями и обильным отделяемым | L10; L12.2; L12.3; L13.0; L88; L98.9 |
| 8. | Лепра | A30 |
| 9. | Заболевания, осложненные гангреной конечности | А48.0; Е10.5; Е11.5; Е12.5; Е13.5; Е14.5; I70.2; I73.1; I74.3; R02 |
| 10. | Высококонтагиозные инфекционные заболевания (корь, краснуха, эпидемический паротит, менингококковая инфекция, ветряная оспа, грипп), инфекции, вызванные кишечной этиологии, а также лихорадки неясной этиологии | В05, В06, В26, А39, В01, J10, А08.0, А08.1, А08.3 |