



РЕСПУБЛИКА КРЫМ

СОВЕТ МИНИСТРОВ

РАДА МІНІСТРІВ
ВЕЗИРЛЕР ШУРАСЫ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРИКАЗ

От 18.02.2015
г. Симферополь

№ 147

*О медицинском освидетельствовании
иностранных граждан и лиц без гражданства,
постоянно проживающих на территории Украины,
прибывших на территорию Российской Федерации
в поисках убежища*

В соответствии постановлением Правительства Российской Федерации от 22 июля 2014 г. N 690 "О предоставлении временного убежища гражданам Украины на территории Российской Федерации", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 июля 2014 г. N 389н "Об утверждении временного порядка проведения обязательного медицинского освидетельствования граждан Украины и лиц без гражданства, постоянно проживавших на территории Украины, прибывших на территорию Российской Федерации в поисках убежища"

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Перечень медицинских организаций, имеющих право проводить обязательное медицинское освидетельствование граждан Украины и лиц без гражданства, постоянно проживавших на территории Украины, прибывших на территорию Российской Федерации в поисках убежища (приложение 1);

1.2. Временный порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования граждан Украины и лиц без гражданства, постоянно проживавших на территории Украины, прибывших на территорию Российской Федерации в поисках убежища (приложение 3);

2. Руководителям медицинских организаций Республики Крым (согласно приложения 1):

2.1. Организовать работу по медицинскому обследованию граждан Украины и лиц без гражданства, постоянно проживавших на территории Украины,

прибывших на территорию Российской Федерации в поисках убежища и выдачи медицинского сертификата (приложение 2) для Управления Федеральной миграционной службы по Республике Крым.

2.2. Обеспечить неукоснительное выполнение Временного порядка проведения обязательного медицинского освидетельствования граждан Украины и лиц без гражданства, постоянно проживавших на территории Украины, прибывших на территорию Республики Крым в поисках убежища

Срок – постоянно

3. Контроль за выполнением приказа оставляю за собой.

Министр

А.МОГИЛЕВСКИЙ

**Перечень учреждений,
уполномоченных на проведение обязательного медицинского
освидетельствования граждан Украины и лиц без гражданства,
постоянно проживавших на территории Украины, прибывших на
территорию РФ в поисках убежища**

Для взрослого населения старше 18 лет

№	Наименование
1.	Государственное унитарное предприятие Республики Крым «Поликлиника медицинских осмотров»
2.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Симферопольская поликлиника № 2»
3.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым "Ялтинская поликлиника"
4.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Керченская больница № 1 им. Н.И.Пирогова»
5.	Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Крым «Медицинский центр Панацея"
6.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым "Центральная городская больница г.Красноперекопска"
7.	Городская поликлиника Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Крым «Феодосийский медицинский центр»

Для детей до 18 лет

№	Наименование
1.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым "Симферопольская поликлиника № 3"
2.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Симферопольская городская детская клиническая больница»
3.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым "Ялтинская детская больница»
4.	Городская детская больница с детской поликлиникой Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Крым «Феодосийский медицинский центр»
5.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Керченская городская детская больница»

6.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Евпаторийская городская детская клиническая больница»
7.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым "Центральная городская больница г.Красноперекопска"

Специализированные учреждения

	Наименование медицинской организации
1.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Центр профилактики и борьбы со СПИДом»
2.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Клинический кожно-венерологический диспансер»
3.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Клинический противотуберкулезный диспансер № 1»
4.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Республиканская детская инфекционная клиническая больница»

Приложение № 2

**Медицинский сертификат о результатах
обязательного медицинского освидетельствования
граждан Украины и лиц без гражданства,
постоянно проживавших на территории Украины,
прибывших на территорию Российской Федерации
в поисках убежища**

_____ (наименование медицинской организации)

Выдан _____ (адрес) _____ (№ телефона)

_____ (фамилия, имя, отчество)

Дата рождения (число, месяц, год) _____

Прибывшему (ей), дата, район, город и др. _____

Проживающему в Российской Федерации временно по адресу: _____

в том, что он (она) прошел(а) обязательное медицинское освидетельствование:

Результаты лабораторных и инструментальных исследований

Исследование	Дата	Результат
реакция Вассермана		
антитела классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1		
антитела классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2		
флюорография		
очаговая проба с туберкулином (проба Манту)		
проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении		

Осмотр специалистами

Специалист	Дата	Данные осмотра	Ф.И.О. врача, подпись	Личная печать врача
Врач-терапевт/ врач-педиатр				

Сведения о профилактических прививках*

Прививки против	Дата вакцинации /ревакцинации
1. Туберкулез	
2. Гепатит В	
3. Полиомиелит	
4. Дифтерия	
5. Коклюш	
6. Столбняк	
7. Корь	
8. Эпидемический паротит	
9. Краснуха	
10. Гемофильная инфекция	
11. Другие по показаниям	

Заключение о состоянии здоровья: _____

Место печати _____
(должность, подпись, расшифровка)

* Заполняется на основании сведений, содержащихся в медицинской документации освидетельствуемого гражданина, а при ее отсутствии — с его слов (со слов законного представителя).

**Временный порядок
проведения обязательного медицинского освидетельствования граждан
Украины и лиц без гражданства, постоянно проживавших на территории
Украины, прибывших на территорию Республики Крым в поисках убежища**

1. Настоящий Временный порядок устанавливает правила проведения обязательного медицинского освидетельствования граждан Республики Украина и лиц без гражданства, постоянно проживавших на территории Республики Украина, прибывших на территорию Российской Федерации в поисках убежища, а также прибывшим с ними в поисках убежища членам их семей (далее соответственно - граждане, медицинское освидетельствование).

2. Медицинское освидетельствование проводится по направлению уполномоченного органа Федеральной миграционной службы в государственных и муниципальных медицинских организациях, определяемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по терапии, клинической лабораторной диагностике, рентгенологии (далее - медицинская организация).

3. Медицинское освидетельствование включает в себя медицинский осмотр врачом, лабораторные и рентгенографические исследования в следующем объеме:

- 1) осмотр врачом-терапевтом (врачом-педиатром для несовершеннолетних);
- 2) проведение реакции Вассермана (RW);
- 3) определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови;
- 4) определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови;
- 5) флюорографию легких для граждан старше 18 лет;
- 6) очаговая проба с туберкулином (проба Манту) для детей младше 8 лет;
- 7) проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении для детей старше 8 лет.

При наличии медицинских показаний могут быть назначены дополнительные консультации специалистов, лабораторные и инструментальные исследования.

4. Приказом по медицинской организации определяется ответственное лицо по проведению освидетельствования, выдаче медицинских сертификатов.

5. На каждого иностранного гражданина и каждое лицо без гражданства, обратившееся в учреждение здравоохранения, проводящее медицинское освидетельствование, берется согласие на проведение обследования (приложение 3.1), далее заполняется амбулаторная карта (форма 025/у), в которой отражается

эпидемиологический анамнез пациента, все результаты исследований и осмотров специалистов, дата выдачи медицинского сертификата.

Если у иностранного гражданина, прибывшего в Российскую Федерацию, в ходе медицинского освидетельствования выявляется инфекционное заболевание, то медицинский сертификат не выдается.

Иностранный гражданин, прибывший в Российскую Федерацию, направляется в **специализированное** государственное учреждение здравоохранения Республики Крым для прохождения дообследования и лечения.

При этом иностранному гражданину, прибывшему в Российскую Федерацию выдается **Уведомление** иностранного гражданина, прибывшего в Российскую о выявленных в ходе медицинского освидетельствования инфекционных заболеваниях, опасных для населения и направлении его на дообследование (приложение 3.2) а также направление на дообследование (приложение № 3.3).

6. Все случаи инфекционных заболеваний, выявленные у иностранных граждан, прибывших в Российскую Федерацию, должны регистрироваться в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. № 60 - леч.).

При выявлении (подозрении) у иностранных граждан, прибывших в Российскую Федерацию, проводящем медицинское освидетельствование туберкулеза, сифилиса, прочих инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в установленные сроки подается предварительное экстренное извещение (ф. 058/у) и информация о контактных лицах в отделы регистрации инфекционных заболеваний Территориальных отделов Роспотребнадзора по месту регистрации.

Результаты осмотра врачом-терапевтом (врачом-педиатром), лабораторных и инструментальных исследований вносятся в медицинскую документацию гражданина.

7. По окончании медицинского освидетельствования врачом-терапевтом (врачом-педиатром) оформляется в двух экземплярах медицинский сертификат о результатах обязательного медицинского освидетельствования граждан Украины и лиц без гражданства, постоянно проживавших на территории Украины, прибывших на территорию Российской Федерации в поисках убежища, по форме, предусмотренной приложением N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 июля 2014 г. N 389н (приложение 2), который подписывается врачом-терапевтом (врачом-педиатром) и заверяется печатью медицинской организации. Один экземпляр медицинского сертификата выдается гражданину, прошедшему медицинское освидетельствование, либо его законному представителю, второй экземпляр хранится в медицинской организации.

8. Срок действия медицинского сертификата составляет 1 год.

Штамп учреждения Код учреждения

БЛАНК
информированного согласия для иностранных граждан на проведение медицинского
освидетельствования в _____ (название мед.организации)

Настоящим заявлением я, _____ (Ф.И.О.),
_____ лет, подтверждаю свое желание (своего ребенка)
_____ 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, учреждение обязано подать сведения о моем здоровье уполномоченным
организациям.

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)

Штамп лечебного учреждения Код учреждения

Уведомление
иностранного гражданина, прибывшего в Российскую о выявленных в ходе
медицинского освидетельствования инфекционных заболеваниях, опасных для населения
и направлении его на дообследование

Настоящим подтверждаю, что я _____
(ФИО иностранного гражданина)

уведомлен, о том, что в ходе медицинского освидетельствования у меня выявлено заболевание (подозрение на заболевание), опасное для населения. Мне разъяснена необходимость прохождения дообследования в _____
(указать учреждение)

выдано направление на дообследование № _____
Я обязуюсь в течение 10 рабочих дней предоставить в _____ все 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 2х экземплярах, один экземпляр выдается на руки иностранному гражданину или лицу без гражданства, другой - вклеивается в амбулаторную карту.

Штамп лечебного учреждения Код учреждения

Направление

**иностранного гражданина, прибывшего в Российскую Федерацию на дообследование с
целью подтверждения (снятия) диагноза № _____**

На дообследование в _____
(наименование учреждения, адрес)

направляется гражданин _____
(ФИО полностью печатными буквами)

у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено заболевание
_____ (дата
освидетельствования)

(подозрение) _____
(указать диагноз)

(результаты анализов и исследование)

Передано предварительное экстренное извещение (дата _____)

Дата выдачи направления _____

Подпись иностранного гражданина

ФИО врача
М.П.

подпись

*** направление заполняется в 2х 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, прибывшего в Российскую Федерацию с целью трудоустройства в порядке, не требующем получения визы, у которого в ходе медицинского освидетельствования выявлено инфекционное заболевание (подозрение) об ответственности за сокрытие контактных лиц;

Настоящим подтверждаю, что я _____
(ФИО иностр. 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.

ФИО контактных лиц:

- 1.
- 2.
- 3.

Дата ФИО врача подпись

Подпись иностранного гражданина _____

*** заполняется в одном экземпляре, который вклеивается в амбулаторную карту**