



РЕСПУБЛИКА КРЫМ

СОВЕТ МИНИСТРОВ

РАДА МІНІСТРІВ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРИКАЗ

От 28.07.2015 г. № 1156
г. Симферополь

*Об организации мероприятий
по оказанию содействия в
проведении хаджа мусульман
Республики Крым в 2015 году*

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденном постановлением Совета министров Республики Крым от 27.06.2014 года №149 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым», Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», с целью выполнения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2015 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям», Плана мероприятий по оказанию содействия в организации и проведении хаджа мусульман Республики Крым в 2015 году, утвержденный Заместителем Председателя Совета министров Республики Крым Р.И. Бальбеком,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника №2» медицинской организацией, проводящей медицинское освидетельствование, иммунизацию против менингококковой инфекции, а также выдачу международного свидетельства о вакцинации, лицам, желающим совершить хадж в Королевство Саудовской Аравии в 2015 году.
2. Утвердить форму международного свидетельства о вакцинации согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

3. Главному врачу ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника №2» Петровой Л.А.:
- 3.1 Организовать обучающие занятия среди медицинских работников по вопросам проведения иммунизации против менингококковой инфекции.
- Срок – до 03.08.2015
- 3.2 Обеспечить проведение медицинского осмотра перед иммунизацией против менингококковой инфекцией лиц, желающих совершить хадж в Королевство Саудовской Аравии в 2015 году.
- Срок – с 10 по 14 августа 2015 года
- 3.3 Обеспечить проведение иммунизации против менингококковой инфекции лиц, желающих совершить хадж в Королевство Саудовской Аравии в 2015 году.
- Срок – с 10 по 14 августа 2015 года
- 3.4 Обеспечить выдачу международного свидетельства о вакцинации, лицам, иммунизированным против менингококковой инфекции. Свидетельство необходимо заполнять на английском языке.
- Срок – с 10 по 14 августа 2015 года
- 3.5 Предоставить в Министерство здравоохранения Республики Крым (электронный адрес mz-rk15@mail.ru) список лиц, иммунизированных против менингококковой инфекции в соответствии с приложением №2 к настоящему приказу.
- Срок – до 25.08.2015
4. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Крым:
- 4.1 Обеспечить проведение медицинского осмотра лиц, совершивших хадж в Королевство Саудовской Аравии в 2015 году согласно списка лиц, предоставленным Министерством здравоохранения Республики Крым.
- Срок – с 1 по 9 октября 2015 года
- 4.2 Установить медицинское наблюдение за лицами, совершившими хадж в Королевство Саудовской Аравии в 2015 году.
- Срок – в течение 21 дня с момента приезда из КСА
- 4.3 Информировать Министерство здравоохранения Республики Крым и территориальные отделы Межрегионального управления Роспотребнадзора по Республике Крым и г.Севастополю при появлении у лиц, совершивших хадж, случаев заболевания с симптомами ОРВИ, а также иных клинических проявлений инфекционного заболевания.
- Срок – при выявлении

4.4 Обеспечить проведение противоэпидемический и профилактических мероприятий при выявлении среди лиц, совершивших хадж в Королевство Саудовской Аравии в 2015 году, случаев инфекционного заболевания.

Срок – при выявлении

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Крым Черницову С.И.

Министр

А. Могилевский

Приложение №1
к приказу МЗ РК
от 28.07.2015 г. № 1156

Российская Федерация
Russian Federation
Международное свидетельство о вакцинации
International certificate of vaccination

Приложение № 7 (справочное)
Appendix № 7 ()
к санитарно-эпидемиологическим правилам
for sanitary and epidemiological regulation
Санитарная охрана территории Российской Федерации
Protective sanitary zone of Russian Federation
СП 3.4.2318 – 08
SR 3.4.2318-08

Настоящим удостоверяется, что (фамилия, имя) _____

This is to certify that (name, last name) _____

дата рождения _____ пол: муж. жен.

born _____ sex: male female

гражданство _____

nationality _____

национальный идентификационный документ (в случае применимости) _____

national identification document (in case of applicability) _____

чья подпись следует _____

who signed _____

был вакцинирован или получил средство профилактики против (название болезни или состояния): _____

was vaccinated or received preventive drugs against (sickness or condition) _____

указанного числа _____

on the date _____

в соответствии с Международными медико-санитарными правилами.

according to International Health regulation.

<p>Вакцина или средство профилактики</p> <p>Vaccine or preventive drugs</p>	<p>Дата</p> <p>Date</p>	<p>Подпись и должность врача-клинициста</p> <p>Clinician's position and signature</p>	<p>Изготовитель и номер партии вакцины или средства профилактики</p> <p>Vaccine or preventive drugs Manufacturer and Lot number</p>	<p>Свидетельство действительно с..... по.....</p> <p>Certificate is valid Since _____ Up to _____</p>	<p>Официальная печать учреждения, где проведена процедура</p> <p>Official stamp of institution where the procedure took place</p>
1.					
2.					
3.					
4.					

Настоящее свидетельство действительно только в том случае, если применяемая вакцина или средство профилактики утверждены Всемирной организацией здравоохранения.

Настоящее свидетельство должно быть подписано врачом-клиницистом, который является практикующим врачом или другим уполномоченным медработником, осуществляющим контроль за введением вакцины или применением средства профилактики.

На свидетельстве должен быть также проставлен официальный штамп учреждения, где произведена процедура; однако он не принимается в качестве замены его подписи.

Любые изменения настоящего свидетельства, подчистка или незаполнение какой-либо его части могут сделать его недействительным.

Срок действия настоящего свидетельства продлевается до даты, указанной конкретно для проведения вакцинации или профилактики.

Свидетельство полностью заполняется на английском или французском языках. Это же свидетельство может быть также заполнено на ином языке, в дополнение к английскому или французскому.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

FOR NOTICE

Список лиц (паломников), иммунизированных
против менингококковой инфекции

№№	ФИО	Адрес (город, улица, дом, кв.)	Дата рождения	Дата проведения иммунизации	Название вакцины, изготовитель и номер партии вакцины или средства профилактики