

**Заключение медицинской организации
о состоянии здоровья гражданина
и о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний
к социальному обслуживанию в полустационарной форме**

Категории (нужное отметить):

- инвалиды, дети-инвалиды;
- инвалиды, дети-инвалиды, имеющие ограничение способности к самостоятельному передвижению II, III степени;
- инвалиды, дети-инвалиды, страдающие психическими расстройствами (в стадии ремиссии), и имеющие ограничение способности к контролю за своим поведением I, II степени;
- дети-инвалиды с расстройствами аутистического спектра от 3 до 8 лет;
- лица старше 65 лет с наличием хронических заболеваний с легким когнитивным расстройством (дефицитом);
- граждане старше 18 лет, в том числе инвалиды, полностью или частично утратившие способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы.

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Основной диагноз (согласно МКБ 10) **L 20.8**

Сопутствующий диагноз (согласно МКБ 10) _____

Заключение (нужное подчеркнуть):

- медицинские противопоказания к социальному обслуживанию в полустационарной форме **отсутствуют / имеются***

Показания для направления на обслуживание (нужное подчеркнуть):

для всех категорий

- способность к передвижению: **полная утрата/частичная утрата;**
- способность осуществлять самообслуживание и обеспечивать основные жизненные потребности: **полная утрата/частичная утрата.**

для отдельных категорий:

- **отсутствуют/имеются** трудности с социализацией в связи с заболеванием: (в отношении инвалидов, детей-инвалидов, страдающих психическими

расстройствами (в стадии ремиссии) и имеющих ограничение способности к контролю за своим поведением I степени);

- **отсутствует/имеется** потребность в курсовой комплексной реабилитации в течение года: (в отношении детей-инвалидов с расстройствами аутистического спектра от 3 до 8 лет);

- **отсутствует/имеется** хроническое заболевание с легким когнитивным расстройством (дефицитом): (в отношении лиц старше 65 лет с наличием хронических заболеваний с легким когнитивным расстройством (дефицитом)).

Наименование организации, выдавшей заключение _____

Врач _____
Ф.И.О. _____ подпись _____

М.П.

« _____ » _____ 20 ____ г.

**Примечание: В соответствии с постановлением Правительства Тюменской области от 03.10.2014 № 510-п «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Тюменской области» медицинскими противопоказаниями, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме являются:*

острые инфекционные заболевания либо хронические инфекционные заболевания в стадии обострения, тяжелого течения и (или) заразные для окружающих, а также лихорадки, сыпи неясной этиологии; туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом посева; тяжелые хронические заболевания кожи с множественными высыпаниями и обильным отделяемым; хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ; хронический алкоголизм, наркотическая зависимость; полная потеря способности к самообслуживанию и свободному передвижению (за исключением граждан, обслуживаемых по технологии «Реабилитационный центр на дому»); все заболевания, требующие стационарного лечения, постоянного круглосуточного ухода, хронические заболевания в стадии декомпенсации (обострения); злокачественные новообразования, сопровождающиеся обильными выделениями; эпилепсия с частыми припадками, деменция (для граждан старше 65 лет с наличием хронических заболеваний с легким когнитивным расстройством (дефицитом)).

Срок действия заключения 6 месяцев