

Об утверждении Правил оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

Утративший силу

Постановление Правительства Республики Казахстан от 7 апреля 2012 года № 430. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2015 года № 821

Сноска. Утратило силу постановлением Правительства РК от 12.10.2015 № 821 (вводится в действие со дня его первого официального опубликования).

Примечание РЦПИ.

В соответствии с Законом РК от 29.09.2014 г. № 239-V ЗРК по вопросам разграничения полномочий между уровнями государственного управления см. приказ Министра внутренних дел РК от 07.04.2015 г. № 314.

В соответствии с пунктом 4 статьи 88 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемые Правила оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения.

2. Настоящее постановление вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня первого официального опубликования.

Премьер - Министр

К. Масимов

Республики Казахстан

У т в е р ж д е н ы

п о с т а н о в л е н и е м

П р а в и т е л ь с т в а

Р е с п у б л и к и

К а з а х с т а н

от 7 апреля 2012 года № 430

Правила

оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

1. Общие положения

Настоящие Правила оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения (далее - Правила), разработаны в соответствии с пунктом 4 статьи 88 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее - Кодекс) и регламентирует порядок оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения.

2. Порядок оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена

1. В специальных учреждениях (изоляторах временного содержания (далее - ИВС); приемниках-распределителях для лиц, не имеющих определенного места жительства и документов (далее - ПР); специальных приемниках для содержания лиц, подвергнутых административному аресту (далее - СПА), медицинские работники организуют и осуществляют медицинскую помощь содержащимся в них лицам, обеспечение соблюдения в специальных учреждениях санитарно-эпидемиологических норм и правил.

Лица, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи, а также в обследовании и лечении по поводу онкологических, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сахарного диабета и других заболеваний, при которых показаны непрерывное наблюдение и лечение, обеспечиваются необходимой специализированной медицинской помощью в соответствующих медицинских организациях системы здравоохранения Республики Казахстан (далее - медицинские организации).

Военнослужащим, содержащимся на гауптвахтах, медицинская помощь оказывается в порядке, предусмотренном уставом внутренней службы Вооруженных Сил, других войск и воинских формирований Республики Казахстан, утвержденным Указом Президента Республики Казахстан от 5 июля 2007 года № 364 «Об утверждении общевоинских уставов Вооруженных Сил, других войск и воинских формирований Республики Казахстан».

2. При оказании медицинской помощи медицинские работники специальных учреждений руководствуются нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения Республики Казахстан, а также настоящими Правилами.

3. Методическое обеспечение деятельности специальных учреждений по вопросам лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической

работы осуществляется структурным подразделением центрального исполнительного органа Республики Казахстан, возглавляющего единую систему органов внутренних дел (далее - органы внутренних дел), медицинскими службами департаментов органов внутренних дел (далее - медицинские службы) и уполномоченным органом в области здравоохранения (далее - уполномоченный орган).

4. С целью оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в специальных учреждениях, функционирует специально оборудованный кабинет медицинского работника (далее - медицинский кабинет) или медицинский пункт.

5. Медицинский кабинет обеспечивается лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техникой, дезинфицирующими средствами и моющими материалами в соответствии с перечнем, утвержденным руководителем медицинской службы.

6. Деятельность медицинских работников специальных учреждений организуется в соответствии с планом работы, утвержденным руководителем специального учреждения, согласованным с медицинской службой.

7. Специальные учреждения представляют сведения по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в специальных учреждениях, в установленном порядке в медицинскую службу.

8. Руководителем специального учреждения разрабатываются и утверждаются функциональные обязанности медицинских работников, график работы медицинского кабинета, правила внутреннего распорядка для больных, находящихся в медицинском изоляторе, согласованные с медицинской службой.

9. Медицинские работники специальных учреждений осуществляют:

- 1) оказание медицинской помощи лицам, содержащимся в специальных учреждениях;
- 2) обеспечение соблюдения противоэпидемического режима в помещениях специальных учреждений;
- 3) осуществление взаимодействия с медицинскими организациями местного органа государственного управления здравоохранением по вопросам медико-санитарного обеспечения лиц, содержащихся в специальных учреждениях.

10. При оказании медицинской помощи лицам, содержащимся в специальных учреждениях, медицинские работники осуществляют:

- 1) выявление инфекционных, венерических, кожных, психических, паразитарных и других опасных заболеваний, путем проведения медицинских осмотров: при поступлении, проведении ежедневных обходов, обращения за медицинской помощью, убытии из специального учреждения;
- 2) оказание первичной медико-санитарной помощи;

3) госпитализацию лиц, нуждающихся в стационарном лечении;
4) выполнение рекомендаций и назначений врачей-специалистов и консултантов;

5) расчет потребности в лекарственных препаратах, дезинфекционных средствах и медицинском оборудовании, представление в установленном порядке руководству специального учреждения соответствующих заявок об их приобретении, выполнение установленных правил их хранения, выдачи и учета;

6) обеспечение соблюдения санитарных норм и правил при размещении, организации питания, банно-прачечном обеспечении, санитарной обработке лиц, содержащихся в специальных учреждениях;

7) обеспечение проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционных больных;

8) обеспечение контроля за проведением дезинфекционных мероприятий;

9) обеспечение проведения санитарно-просветительной работы;

10) направление в группу санитарно-эпидемиологического надзора департаментов органов внутренних дел (далее - ГСЭН) и одновременно в территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия (далее - ДКГСЭН) экстренных извещений о выявлении инфекционных больных среди лиц, содержащихся в специальных учреждениях;

11) ведение медицинской документации в соответствии с формами первичной медицинской документации кабинета медицинского работника, утвержденными уполномоченным органом.

11. В течение первых суток пребывания в специальном учреждении медицинским работником проводится первичный профилактический медицинский осмотр всех вновь поступивших с целью выявления лиц с подозрением на инфекционные заболевания, представляющих опасность для окружающих и больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи. Прием проводится в присутствии представителя дежурного сотрудника по учреждению или службы контролеров.

При этом, обращается особое внимание на наличие проявлений кожных, венерических, психических заболеваний, пораженность педикулезом, чесоткой.

Осмотр проводится медицинским работником в специально оборудованном медицинском кабинете. Результаты осмотра регистрируются в журнале первичного опроса и регистрации оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в специальных учреждениях, согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

12. В ходе осмотров обязательно проводятся:

1) сбор жалоб на состояние здоровья, анамнез жизни и заболевания;

- 2) антропометрическое исследование (рост, масса тела);
- 3) измерение пульса, частоты сердечных сокращений, артериального давления и температуры тела;
- 4) описание состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек;
- 5) объективное обследование внутренних органов.

13. В случае отсутствия медицинского работника, дежурный по специальному учреждению опрашивает вновь поступивших о состоянии их здоровья на предмет выявления нуждающихся в неотложной медицинской помощи, а также осуществляет наружный осмотр кожных покровов и волосистой части головы (туловища) на наличие признаков травмы, педикулеза, чесотки.

При наличии жалоб на плохое самочувствие или признаков заболевания (травмы) у вновь поступивших лиц, дежурный по специальному учреждению обязан немедленно вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

О результатах опроса, заявленных жалобах на состояние здоровья и оказанной медицинской помощи производятся необходимые записи в журнале регистрации обращений в кабинет медицинского работника специального учреждения, который хранится в медицинском кабинете специального учреждения, а в период отсутствия медицинского работника - у дежурного по специальному учреждению, согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

Также медицинский работник организует проведение консультативной помощи больным врачами-специалистами медицинских организаций с основными рекомендациями и назначениями.

14. После проведения осмотра лица, пораженные контагиозными кожными заболеваниями, моются отдельно от остальных и в последнюю очередь. Все находившиеся в контакте с ними лица осматриваются медицинским работником и направляются на дополнительную санитарную обработку.

Лица, у которых при осмотре выявлен педикулез, подвергаются санитарной обработке в санпропускнике с применением противопедикулезных препаратов.

15. Лица с подозрением на наличие инфекционного заболевания сразу после осмотра изолируются от здоровых и содержатся отдельно до установления диагноза. В учреждении оборудуется медицинский изолятор на 1-2 койки с умывальником и туалетом для временной изоляции и оказания неотложной медицинской помощи больным и лицам с подозрением на инфекционное заболевание. Площадь на 1 койку должна составлять не менее 6 квадратных м е т р о в .

О каждом случае выявления инфекционного заболевания медицинский работник докладывает руководителю специального учреждения и руководителю м е д и ц и н с к о й с л у ж б ы .

Не позднее 24 часов с момента установления диагноза в ГСЭН и

одновременно в ДКГСЭН направляются экстренные извещения об инфекционном заболевании, пищевом отравлении.

16. При выявлении в специальном учреждении больных с подозрением на наличие опасного инфекционного заболевания, а также лиц, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, медицинский работник (в случае его отсутствия - дежурный по специальному учреждению) немедленно вызывает бригаду скорой медицинской помощи.

В неотложных случаях, при наличии угрозы для жизни больного, при длительном отсутствии или невозможности прибытия бригады скорой медицинской помощи, дежурный по специальному учреждению обязан принять меры к срочной доставке больного в ближайшую медицинскую организацию.

17. Если по заключению медицинского работника специального учреждения или бригады скорой медицинской помощи больной нуждается в стационарном лечении, он направляется в медицинскую организацию.

18. Руководством медицинской организации для оказания необходимой медицинской помощи лицам, содержащимся в специальных учреждениях, в медицинской организации выделяются и соответствующим образом оборудуются (с помощью органов внутренних дел) отдельные специальные п а л а т ы .

19. При отсутствии показаний к госпитализации врачом бригады скорой медицинской помощи составляется соответствующая справка с указанием результатов осмотра, диагноза, выполненных медицинских манипуляций, а также рекомендаций для медицинских работников специального учреждения по ведению данного больного. Указанная справка приобщается к личному делу лица , содержащегося в специальном учреждении. Сведения, изложенные в справке, переносятся медицинским работником в журнал регистрации обращений за м е д и ц и н с к о й п о м о щ ь ю .

20. Лица, заболевшие, но не подлежащие неотложной госпитализации, обеспечиваются необходимой амбулаторной медицинской помощью в период пребывания в специальном учреждении силами медицинских работников.

21. В случае отсутствия в специальном учреждении медицинских работников, мероприятия по оказанию первой доврачебной помощи лицам, содержащимся в специальном учреждении, осуществляются сотрудниками данного учреждения.

У дежурного по специальному учреждению должна быть аптечка для оказания первой доврачебной помощи.

22. В целях выявления заболевших из числа лиц, содержащихся в специальном учреждении, медицинским работником производится ежедневный обход камер в сопровождении дежурного сотрудника, результаты которого заносятся в журнал санитарного содержания специального учреждения.

23. Всем убывающим из ИВС, в том числе транзитным, для определения годности к конвоированию медицинским работником проводится обязательный медицинский осмотр. Результаты осмотра заносятся в журнал первичного опроса и регистрации оказания медицинской помощи, карту медицинского осмотра, которая приобщается к личному делу. Карта медицинского осмотра должна содержать информацию о наличии заболеваний, результатах проведенного медицинского обследования и оказанной медицинской помощи в период п р е б ы в а н и я в И В С .

24. По заключению медицинского работника конвоированию не подлежат: больные в острой стадии заболевания, с инфекционными заболеваниями, пораженные педикулезом, чесоткой, не прошедшие установленный курс лечения, а также нетранспортабельные больные.

25. В случаях заболевания подозреваемого и обвиняемого в совершении преступления в пути следования, конвой доставляет заболевшего в ближайшую медицинскую организацию местного органа государственного управления здравоохранением и передает под охрану соответствующего органа внутренних дел .

26. В целях безопасности медицинских работников медицинской организации и бригад скорой медицинской помощи, администрация специальных учреждений организует их допуск к больному только в сопровождении дежурного по специальному учреждению, а в случае отсутствия дежурного по специальному учреждению - дежурного (помощника дежурного) по органу внутренних дел, при этом, предварительно изолировав лицо, нуждающееся в медицинской помощи, в камере либо в другом свободном помещении.

27. Медикаменты, назначаемые медицинскими работниками, хранятся в медицинском кабинете и принимаются больными только в присутствии медицинского работника или дежурного сотрудника.

28. В случае тяжелого заболевания либо смерти содержащегося лица, администрация специального учреждения незамедлительно сообщает об этом его близким родственникам и надзирающему прокурору.

29. Привлечение медицинского работника специального учреждения к выполнению работ, не связанных с медико-санитарным обеспечением, запрещается.

3. Порядок оказания медицинской помощи лицам, отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные и исправительные учреждения

30. Во всех исправительных учреждениях (далее - ИУ), специальных учреждениях (следственных изоляторах (далее - СИ) медицинская помощь оказывается в объеме, предусмотренном гарантированным объемом оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Республики Казахстан, и по видам медицинской помощи согласно полученной лицензии.

Для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи обеспечение лекарственными средствами осуществляется в соответствии с лекарственными формулярами, утвержденными в установленном порядке.

Лекарственный формуляр подлежит периодическому пересмотру и обновлению не реже одного раза в год.

31. Медицинское обеспечение осужденных осуществляют лечебно-профилактические учреждения (далее - ЛПУ): больницы, специализированные больницы (психиатрические, противотуберкулезные), медицинские части (медпункты), исправительные учреждения на правах лечебных для содержания и амбулаторного лечения осужденных больных туберкулезом. Для реализации работы, связанной с охраной материнства и детства, организуется Дом ребенка. Принудительное лечение осужденных, больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, может осуществляться медицинской частью ИУ.

32. Лица, осужденные к лишению свободы с отбыванием наказания в колонии-поселении, получают специализированную медицинскую помощь в медицинских организациях местного органа государственного управления здравоохранением, расположенных по месту отбывания наказания, на равных условиях с другими гражданами Республики Казахстан.

В случаях, требующих оказания специализированной стационарной помощи, больные, содержащиеся в ИУ, СИ направляются в медицинские организации местного органа государственного управления здравоохранением, для чего выделяются изолированные палаты, оборудованные разборными средствами охраны.

33. В соответствии с пунктом 9 статьи 180 Кодекса в ИУ, СИ, ИВС запрещается проведение клинических исследований медицинских технологий, фармакологических и лекарственных средств.

3.1. Первичная медико-санитарная и консультативно-диагностическая помощь

34. По прибытию в СИ всем поступившим (в том числе и следующим транзитом) проводится первичный медицинский осмотр с целью выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих и больных,

нуждающихся в неотложной медицинской помощи.

При этом обращается особое внимание на наличие наружных проявлений кожных, венерических, инфекционных и других заболеваний, пораженность педикулезом. Эта работа должна быть проведена в обязательном порядке до направления вновь прибывших в общие помещения.

Осмотр производит врач или фельдшер в специально оборудованном медицинском кабинете сборного отделения учреждений. Комната должна быть оснащена тонометром, фонендоскопом, термометрами, шпателями для осмотра ротовой полости, рефлектором, весами, ростомером.

На каждого содержащегося в СИ заполняется медицинская карта амбулаторного пациента.

35. Всем убывающим из СИ (в том числе и транзитным) проводится заключительный (врачебный или фельдшерский) медицинский осмотр. К перевозке не допускаются больные в острой стадии заболевания, больные инфекционными (кроме туберкулеза) и венерическими заболеваниями, пораженные педикулезом, чесоткой, не прошедшие установленный курс лечения, нетранспортабельные больные.

По завершению осмотра дается заключение с отметкой в медицинской карте амбулаторного пациента о состоянии здоровья каждого убывающего, возможности его следования.

Медицинский работник, проводивший осмотр, ставит свою подпись с указанием фамилии и инициалов под заключением.

36. Лица с инфекционными заболеваниями или с подозрением на них сразу после осмотра изолируются от здоровых. Первичная санитарная обработка этих лиц осуществляется в последнюю очередь с обязательной дезинфекцией одежды и личных вещей, после чего они направляются в специально выделенные камеры, где им проводятся соответствующее обследование с диагностической целью и, при необходимости, лечение.

37. В смотровой комнате должен быть журнал медицинских осмотров (карантина), где регистрируются основные данные об осмотренных лицах и выявленных у них заболеваниях.

38. При наличии в штатах медицинских частей врачей-специалистов они, по решению руководителя медицинской части, привлекаются к проведению осмотров всех прибывших.

39. Осужденные, прибывшие в ИУ, помещаются в карантинное отделение на срок до 15 суток. Все прибывшие лица фиксируются в журнале приема этапа согласно приложению 3 к настоящим Правилам.

В первые две недели по прибытию в ИУ осужденные проходят в условиях карантинного отделения врачебный осмотр с целью выявления имеющихся

заболеваний, оценки физического состояния, предварительного определения степени утраты трудоспособности. За время нахождения в карантине все осужденные проходят в обязательном порядке флюорографическое обследование, исследование крови на RW и ВИЧ.

40. В течение срока карантина осужденные содержатся в изолированных помещениях. В случае появления среди них инфекционного больного, срок карантина исчисляется с момента изоляции последнего инфекционного больного.

41. При проведении медицинского осмотра больного врач выясняет жалобы, изучает анамнез заболевания и жизни, данные о перенесенных заболеваниях, травмах, операциях, проводит внешний осмотр с целью обнаружения телесных повреждений, вновь нанесенных татуировок, иных особых примет, проводит всестороннее объективное обследование, используя общепринятые методы осмотра, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, при наличии показаний назначает дополнительные методы обследования.

42. Дальнейшее медицинское наблюдение за состоянием здоровья осужденных осуществляется во время профилактических медицинских осмотров, амбулаторных обращений в медицинскую часть, диспансерного наблюдения за лицами, имеющими хронические заболевания, по схемам согласно приложениям 4, 5, 6 к настоящим Правилам.

43. Перед помещением лиц, содержащихся в ИУ, в штрафной изолятор, помещение камерного типа, дисциплинарный изолятор (далее - ШИЗО, ПКТ, ДИЗО), одиночную камеру производится медицинский осмотр для определения возможности их содержания в перечисленных помещениях. Письменное заключение врача, (фельдшера) о возможности или невозможности их водворения по состоянию здоровья оформляется по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам. При невозможности проведения осмотра лиц, содержащихся в ИУ, а также, если у них нет видимых признаков опасного заболевания, отравления, травмы, они помещаются в ШИЗО, ПКТ, ДИЗО, одиночную камеру с обязательным медицинским осмотром в течение суток с момента водворения.

44. При убытии из ИУ (перевод, освобождение, направление на лечение, убытие к основному месту отбывания наказания и прочее) осужденные проходят заключительный медицинский осмотр.

45. Время для амбулаторного приема в медицинских частях осужденных устанавливается расписанием дня ИУ, СИ.

46. Амбулаторный прием в медицинской части проводится в часы, установленные приказом ИУ, СИ, согласно графику приема амбулаторных больных. В ИУ для каждого отряда, смены или нескольких отрядов выделяется время амбулаторного приема. В СИ, тюрьмах и ИУ особого режима

амбулаторный прием проводится врачами (фельдшерами) в режимных корпусах в специально оборудованных помещениях по предварительной записи, произведенной фельдшером (в исключительных случаях - старшим по корпусу).

В СИ, тюрьмах и ИУ особого режима больные выводятся на прием к врачу (фельдшеру) или выполнение процедур покамерно, индивидуально или группами по 3 - 5 человек .

47. В каждом отряде ИУ должен быть журнал предварительной записи на прием к врачу согласно приложению 8 к настоящим Правилам, который ведет начальник отряда. В СИ журнал ведет фельдшер корпуса. Журнал предварительной записи перед началом амбулаторного приема передается в медицинскую часть. После приема журнал возвращается указанным лицам.

Прием без записи в журнале проводится только в экстренных случаях.

48. В СИ, тюрьмах, ИУ особого режима фельдшер, совместно со старшим по корпусу, ежедневно проверяет санитарное состояние камер, путем обхода их после вывода лиц, содержащихся в ИУ, СИ на прогулку или санитарную обработку .

Для оказания неотложной медицинской помощи лицу, нуждающемуся в ней, выводится в корпусную амбулаторию. Фельдшер делает соответствующие назначения в установленном для него объеме или производит запись больных на прием к врачу. О больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, ЛПУ извещается через дежурных контролеров.

49. Лицам, содержащимся в ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, а также в одиночных камерах СИ, тюрем и ИУ особого режима, медицинская помощь оказывается на месте медработниками при ежедневной проверке санитарного состояния этих помещений, результаты которой регистрируются в журнале оказания медицинской помощи согласно приложению 9 к настоящим Правилам. В случаях , когда отмечается тяжелое состояние здоровья лиц, содержащихся в указанных помещениях, медработник принимает меры к срочному переводу таких лиц в медицинскую часть .

50. Медицинский работник до начала амбулаторного приема подбирает медицинские карты амбулаторного пациента из записанных в журнале предварительной записи на амбулаторный прием. Кратко опрашивает больных для выяснения их жалоб, производит сбор анамнестических данных; антропометрические измерения (рост, масса тела); измерение артериального давления и определяет очередность их направления к врачу.

Медицинский работник при проведении сортировки особое внимание обращает на больных с повышенной температурой тела, острыми болями в животе, приступами стенокардии, желтухой и выраженной общей слабостью.

51. После осмотра больного врач кратко и разборчиво заносит в

медицинскую карту амбулаторного пациента дату приема, жалобы, данные объективного обследования, диагноз, назначения, делает заключение о необходимости освобождения от работы и подписывается с указанием фамилии и и н и ц и а л о в .

52. В сложных случаях установления и дифференциации диагноза заболевания и выработки тактики лечения больные должны осматриваться комиссионно или направляться на консультацию к врачам-специалистам.

Для консультации привлекаются врачи-специалисты ЛПУ, а также врачи-специалисты медицинских организаций на договорной основе в у с т а н о в л е н н о м п о р я д к е .

53. В журнале предварительной записи на амбулаторный прием врач или фельдшер записывает диагноз, заключение об освобождении от работы или нарядов, дату повторной явки к врачу. На каждый случай освобождения заполняется талон регистрации причин временной нетрудоспособности.

54. Заключение на частичное или полное освобождение от нарядов и работы дается врачом, а в случае отсутствия врача - фельдшером не более чем на трое суток. Продление освобождения осуществляется врачебно-консультативной комиссией (далее - ВКК). Заключение ВКК фиксируются в журнале проведения ВКК согласно приложению 10 к настоящим Правилам.

Списки амбулаторно освобожденных лиц медицинская часть передает дежурному помощнику руководителя ИУ.

55. В медицинской карте амбулаторного пациента делаются записи обо всех медицинских осмотрах медицинскими работниками, назначениях и манипуляциях, независимо от места их проведения (ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, камере)

56. Медицинские карты амбулаторного пациента, справки об освобождении от работы, листы назначений, другие медицинские документы на руки больному не выдаются. Хранятся в алфавитном порядке или по подразделениям в медицинской части, в шкафах в закрывающихся на замок помещениях. Помещения должны опечатываться. Вместе с медицинскими картами амбулаторного пациента хранятся журналы регистрации амбулаторных больных.

57. Медикаменты больному на руки не выдаются, прием лекарственных средств производится в присутствии медицинского работника.

Исключение могут составлять ненаркотические препараты, назначаемые при заболеваниях, нуждающихся в непрерывном поддерживающем лечении (ишемическая болезнь сердца со стенокардией напряжения и покоя, гипертоническая болезнь со стойким повышением артериального давления, сахарный диабет, бронхиальная астма). Решение вопроса о выделении этих препаратов на сутки приема на руки больному принимается руководителем

медицинской части в индивидуальном порядке в соответствии с назначением врача, оформляется специальное разрешение, утверждаемое руководителем ИУ, СИ, и передается в дежурную часть.

58. Лечебные процедуры амбулаторным больным проводятся медицинской частью в течение дня в установленные часы.

59. При направлении больного на рентгенологическое, лабораторное и другое исследование, на прием к специалисту, а также на процедуры, которые не могут быть выполнены в медицинской части, медицинскую карту амбулаторного пациента выдают лицу, сопровождающему больного.

В медицинской карте амбулаторного пациента должны быть указаны данные проведенных в медицинской части обследований, предполагаемый диагноз и причины направления.

60. Амбулаторное лечение, проводимое осужденным, должно соответствовать протоколам диагностики и лечения по ПМСП.

61. Амбулаторному лечению продолжительностью не более 14-15 дней подлежат больные, не требующие по характеру заболевания (травмы) сложных методов диагностики и лечения (ушибы, дистрозии, абсцессы поверхностные и прочее). Объем диагностических мероприятий в отношении хирургических больных определяется возможностью обеспечить в условиях медицинской части лабораторное, рентгенологическое и другие специальные методы исследования.

62. Профилактический медицинский осмотр проводится один раз в год. Осужденные, содержащиеся в ИУ особого режима или в тюрьме (при камерном содержании), и несовершеннолетние в воспитательных колониях подлежат осмотру два раза в год.

63. График проведения профилактических медицинских осмотров утверждается руководителем ИУ, СИ. В соответствии с графиком, руководитель медицинской части организует осмотр лиц, содержащихся в ИУ силами врачей ЛПУ в ИУ. В осмотре обязательно принимают участие терапевт, фтизиатр, психиатр, стоматолог (зубной врач), а также врачи медицинских организаций (по согласованию).

64. Прибытие лиц, содержащихся в ИУ, СИ в медицинскую часть обеспечивает начальник отряда (старший по корпусу).

65. В ходе медицинских осмотров проводится: сбор анамнестических данных; антропометрическое исследование (рост, масса тела); гинекологический осмотр женщин с взятием мазка для цитологического исследования, у девушек - пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям); определение остроты зрения и слуха; анализ крови (определение скорости оседания эритроцитов (далее - СОЭ), гемоглобина, лейкоцитов, сахар крови по показаниям); исследование общего анализа мочи; электрокардиография (далее - ЭКГ) (с 15

лет - 1 раз в 3 года, с 30 лет - ежегодно); флюорография (рентгенография) органов грудной клетки - 2 раза в год; женщинам - пальпаторное исследование молочных желез; пальцевое исследование прямой кишки; осмотр врачом-терапевтом, фтизиатром, психиатром, стоматологом (зубным врачом); осмотр врачами других специальностей (по показаниям).

Результаты профилактического осмотра вносятся в медицинскую карту амбулаторного пациента.

66. Медицинское обеспечение осуществляется путем: медицинского осмотра при поступлении лиц, содержащихся в ИУ, СИ, в учреждения с целью выявления инфекционных, паразитарных и других острых заболеваний;

предварительного и периодического медицинского осмотра при направлении на работу, с целью предотвращения инфекционных и паразитарных заболеваний;

проведения медицинских осмотров: ежегодных профилактических, целевых, при убытии из учреждения, с целью обеспечения динамического наблюдения за состоянием здоровья, своевременного установления начальных признаков заболеваний, предупреждения и нераспространения общих, инфекционных и паразитарных заболеваний;

диспансерного наблюдения за больными с нозологическими формами по схемам согласно приложениям 4, 5, 6 к настоящим Правилам;

систематической проверки выполнения рекомендаций ВКК по правильному трудоустройству инвалидов и лиц с ограниченной трудоспособностью, а также рекомендаций лечебно-профилактических учреждений по проведению лечебно-профилактических мероприятий среди хронических больных.

67. В целях охраны здоровья осужденных, предотвращения инфекционных и паразитарных заболеваний необходимо проводить обязательные периодические медицинские осмотры лиц, направляемых для работы на объекты питания, водопровода, в медицинские части, больницы, родильные отделения, Дома ребенка. Для прохождения медицинского осмотра выдается направление.

68. Медицинские осмотры включают в себя: осмотр терапевтом, дерматовенерологом, обследование на туберкулез, носительство возбудителей кишечных инфекций, гельминтозов, венерические и заразные кожные заболевания, в отдельных случаях стоматологом и отоларингологом в соответствии с кратностью и объемом проведения обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров. При проведении медицинских осмотров:

1) врач-терапевт осуществляет: сбор анамнеза, особенно в отношении перенесенных инфекционных заболеваний; проведение обследования состояния внутренних органов;

выдачу направления на общеклинические лабораторные анализы и флюорографическое обследование. При наличии в анамнезе перенесенных кишечных заболеваний указывает об этом в сопроводительном документе для проведения контрольного лабораторного исследования;

2) врач-дерматовенеролог осуществляет:

тщательный осмотр кожных, волосяных покровов, ногтевых пластинок, видимых слизистых, в том числе в области гениталий с помощью зеркал (у ж е н щ и н) ;

пальпацию региональных лимфатических узлов; забор материала из уретры (у мужчин соскобом), цервикального канала и заднего свода влагалища, а по показаниям - и из прямой кишки на наличие гонококка, трихомонады и других патогенных микроорганизмов;

исследование крови на сифилис (микрореакции);

по показаниям - исследование на наличие грибковых заболеваний гладкой кожи, волос, ногтевых пластин, а также чесотки;

3) врач-стоматолог осуществляет:

тщательный осмотр состояния красной каймы губ, полости рта, пародонта на наличие кариеса, неудаленных корней, свищевых ходов, пародонтита и пародонтоза ;

4) врач-отоларинголог осуществляет:

риноскопию, фарингоскопию, ларингоскопию, обратив особое внимание на состояние слизистых оболочек и наличие воспалительных процессов.

69. Лабораторные исследования на бактерионосительство проводятся в лабораториях санитарно-эпидемиологических служб на наличие гельминтозов - в клиничко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений. Лабораторные исследования на наличие сифилиса (экспресс-метод), гонореи, трихомониаза и заболеваний мочеполовых органов (мазки), на грибковые заболевания, чесотку (нативные препараты) проводятся в лабораториях медицинской организации территориального органа здравоохранения.

70. По окончании всех необходимых видов медицинского обследования и при отсутствии противопоказаний врачи-специалисты дают заключение и ставят отметку «допуск к работе» в личной медицинской книжке установленного образца, утвержденного Правительством Республики Казахстан. В случае диагностирования перечисленных в пункте 71 настоящих Правил заболеваний и бактерионосительства, препятствующих работе на объектах учреждений, они должны сообщить об этом в подразделения государственного санитарно-эпидемиологического надзора территориального органа уголовно-исполнительной системы (далее - ПГСЭН) и направить больного для лечения в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение.

71. Не допускаются к работе лица при наличии у них следующих заболеваний и бактерионосительства: брюшного тифа, паратифов, сальмонеллеза, дизентерии, гименолепидоза, энтеробиоза, сифилиса (все формы); гонореи (все формы), лепры, заразных кожных заболеваний: чесотки, стригущего лишая (трихофитии и микроспории волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей), парши, актиномикоза с изъязвлением или свищами на открытых частях тела, заразные и деструктивные формы туберкулеза легких, внелегочный туберкулез с наличием свищей, бактериоурии, туберкулезной волчанки лица и рук.

72. Допуск к работе больных незаразными кожными заболеваниями (псориаз, экзема, аллергические дерматиты) решается врачами, проводящими медицинские осмотры, в зависимости от состояния здоровья и места работы больного.

Администрация ИУ, СИ обеспечивает своевременное прохождение работниками обязательных периодических медицинских осмотров в соответствии с планом-графиком, который утверждается руководством ИУ, СИ.

У каждого работника, подлежащего медицинскому осмотру, должна быть личная медицинская книжка (далее - медкнижка), приобретаемая за свой счет.

Медкнижки работников по прохождению медицинского осмотра хранятся в медицинской части ИУ, СИ.

Лица, не прошедшие медицинский осмотр в 10-дневный срок с момента получения направления, к работе не допускаются.

Ответственность за прием и пребывание на работе лиц, не прошедших медицинские осмотры, а также нарушающих сроки, порядок их прохождения, возлагается на руководителя ИУ, СИ.

С лицами, направляемыми на работу в хозяйственную службу, проводятся специальные занятия по санитарно-техническому минимуму со сдачей зачетов, о чем делается соответствующая запись в медкнижке.

Лица, выделяемые на временную работу на пищеблок (суточный наряд), подвергаются обязательному телесному осмотру и могут выполнять работу, не связанную с приготовлением и раздачей пищи, мытьем столовой и кухонной посуды, инвентаря и оборудования.

Осужденные, занятые на вредных производствах, подлежат периодическим медицинским осмотрам.

73. Для серологических обследований на сифилис, брюшной тиф забор крови осуществляется из пальца рук, забор крови из вены запрещается. При обследовании на гонорею проводится бактериоскопия 2 мазков, взятых из мочеиспускательного канала (у мужчин по показаниям) и шейки матки, заднего свода влагалища и прямой кишки и окрашенных метиленовым синим или бриллиантовым зеленым и при необходимости по Грамму.

3.2. Лечебно-профилактическая помощь в воспитательных колониях

74. В период пребывания в СИ все несовершеннолетние подвергаются обследованию на дифтерийное носительство и гельминтоносительство. При положительных результатах бактериологического исследования в отношении бактериовыделителей проводится полный комплекс лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий. Несовершеннолетним, у которых выявлены гельминты, проводится дегельминтизация, которая может быть прервана при этапировании и завершена в ИУ. По показаниям осуществляются прививки вакциной АДС - М.

Профилактическое обследование органов грудной клетки у несовершеннолетних проводится только флюорографически.

75. Руководитель медицинской части, входящий в состав комиссии, принимающий вновь поступающих осужденных несовершеннолетних, дает рекомендации по рациональному трудоустройству, направлению на профессиональное и общеобразовательное обучение.

Одновременно выявляются лица, нуждающиеся в лечении и психопрофилактике у врача-психиатра или воспитательно-психологическом воздействии психолога совместно с воспитателем.

76. Два раза в год всем осужденным несовершеннолетним ИУ проводят углубленные врачебные осмотры с антропометрическими измерениями, взвешиванием и лабораторными исследованиями, а также флюорографическим обследованием. На основании данных о состоянии здоровья и физической подготовленности несовершеннолетних распределяют для занятий физической культурой на группы: основную, подготовительную, специальную и инвалидов.

По мере улучшения состояния здоровья их переводят из одной группы в другую.

77. Медицинские работники ИУ проводят отбор осужденных несовершеннолетних, нуждающихся по состоянию здоровья в оздоровительном режиме, медицинском наблюдении и усиленном питании, в оздоровительные группы, создаваемые при стационарах медицинских частей.

В оздоровительные группы направляются несовершеннолетние: физически ослабленные и имеющие вес ниже нормы; перенесшие различные тяжелые заболевания, травмы, хирургические операции; имеющие отклонения в состоянии здоровья стойкого характера, отнесенные к специальной группе учета и подлежащие постоянному диспансерному наблюдению. Руководитель медицинской части составляет список лиц, зачисляемых в оздоровительную группу, и утверждает его у руководителя ИУ. Срок пребывания в оздоровительной группе определяется врачом и составляет до 30 дней. При

наличии медицинских показаний он может продлеваться. На этот период осужденные несовершеннолетние содержатся в стационаре медицинской части. Режим дня им определяет руководитель медицинской части. Они могут посещать школу, а трудовое использование их осуществляется по типу трудовой терапии. Проводятся занятия по лечебной и физической культуре под контролем медицинского работника.

В медицинских картах амбулаторного пациента этой категории лиц производятся соответствующие записи, отражающие контроль веса, режим дня, медикаментозную и витаминотерапию, лечебную физкультуру, трудовое использование.

78. Для оказания специализированной медико-санитарной помощи осужденным несовершеннолетним проводятся:

закрепление воспитательных колоний по территориальности к областным, городским, центральным районным больницам для оказания квалифицированной консультативной и стационарной медицинской помощи осужденным несовершеннолетним;

оказание уполномоченным органом практической помощи в проведении два раза в год профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних осужденных врачами-специалистами: отоларингологом, окулистом, невропатологом, хирургом, стоматологом, психиатром с выполнением необходимых лабораторных и функциональных исследований, а также двукратного флюорографического обследования;

обеспечение уполномоченным органом оказания консультативной и методической помощи в организации и осуществления диспансерного наблюдения за лицами с выявленными заболеваниями, обеспечение им лечебно-профилактических мероприятий в полном объеме, с участием врачей-специалистов: дерматовенеролога, фтизиатра, а также нарколога для проведения принудительного лечения подростков, больных хроническим алкоголизмом и наркоманией;

оказание практической помощи главными государственными санитарными врачами областей, городов и районов в организации и проведении противоэпидемических мероприятий по местонахождению воспитательных колоний;

оказание уполномоченным органом содействия в укомплектовании кадрами медицинских частей.

79. При наличии в штатах медицинской части подросткового врача-терапевта лечение больных проводится только с такими заболеваниями, лечение которых может быть завершено в течение двухнедельного срока пребывания в условиях стационара. Лица с заболеваниями, требующими более длительного срока

стационарного лечения, подлежат направлению в ближайшую медицинскую организацию.

80. Все осужденные несовершеннолетние подлежат консультации врачом-психиатром во время пребывания в карантине.

Лечение больных наркоманией в условиях воспитательных колоний в обязательном порядке должно сочетаться с трудовым процессом, обучением в общеобразовательной школе под руководством персонала, подготовленного к работе и общению с наркоманами.

Вся работа с этой категорией осужденных несовершеннолетних проводится врачом-психиатром в тесном взаимодействии и деловом общении с воспитателем и психологом. Ими организуются комплексные мероприятия по пропаганде среди несовершеннолетних трезвого образа жизни, вредных последствий наркомании и путей ее профилактики.

3.3. Порядок осуществления медицинской помощи женщинам

81. Задачами медицинской части ИУ по медицинскому обеспечению женщин являются:

предупреждение осложнений беременности, родов и послеродового периода;
антенатальная (внутриутробная) охрана плода;
профилактика и лечение гинекологических заболеваний.

82. Медицинская часть осуществляет:
диспансерное наблюдение за беременными женщинами;
психопрофилактическую подготовку к родам;
организацию работы «школы матерей»;
санитарно-просветительную работу.

Медицинская часть контролирует:
правильность трудового использования женщин (освобождение беременных и кормящих матерей от ночных и сверхурочных работ, работ на вредном производстве и в выходные дни на сроки, предусмотренные законодательством);

наличие и санитарное состояние комнат гигиены, обеспечение их типовым оборудованием;

питание беременных женщин и кормящих матерей.

83. Родовспоможение беременным женщинам, содержащимся в СИ, оказывается в родильных домах медицинских организаций по месту расположения СИ.

Родильные отделения организуются при женских ИУ, имеющих Дома ребенка, и являются составной частью медицинских частей. Родовспоможение беременных женщин, содержащихся в ИУ, осуществляется в родильных домах

медицинских

организаций.

84. Все беременные подлежат диспансерному наблюдению. Беременные с акушерской патологией или экстрагенитальными заболеваниями выделяются в группы « риска ».

При первичном медицинском осмотре беременной: собирают анамнез, обращая внимание на характер секреторной, менструальной функции, течение и исход предыдущих беременностей и родов; производят общее и специальное акушерское обследование, включая ультразвуковое, измеряют вес и артериальное давление; проводят лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, реакцию Вассермана в первой и второй половине беременности, определение группы и резус-принадлежности крови, исследование влагалищных выделений); проводят осмотр терапевтом и стоматологом.

При отягощенном акушерском анамнезе беременная обследуется на токсоплазмоз, по показаниям осматривается врачами-специалистами.

Посещения к врачу акушеру-гинекологу назначаются:

I половина беременности - 1 раз в месяц;

II половина беременности до 30 недель - 2 раза в месяц;
после 30 недель беременности еженедельно;

при отягощенном акушерском анамнезе, заболевании женщины или патологическом течении настоящей беременности (не требующей госпитализации) частота осмотров решается индивидуально, лабораторные исследования проводят по мере необходимости и в большем объеме.

С момента установления беременности женщина переводится на более легкую работу, с ней проводятся:

санитарно-просветительная беседа о соблюдении правил личной гигиены, режима труда и отдыха;

физическая подготовка групповым методом по специальному комплексу упражнений;

занятия с больными беременными (при заболеваниях сердца, сосудов, при токсикозах беременности) в индивидуальном порядке;

психопрофилактическая подготовка к родам - еженедельно (6 занятий);

с 14-16 недель беременности обучение в «школе матерей».

К госпитализации в медицинские организации для обследования и лечения подлежат женщины:

при патологическом течении беременности (тяжелые формы токсикоза, угрожающий выкидыш, водянка беременных, нефропатия, преэклампсия, кровотечение из половых путей, резус-конфликтная беременность, угроза наступления преждевременных родов);

при экстрагенитальных заболеваниях (пороки сердца, гипертоническая болезнь, гипертиреоз, диабет, анемия, лейкоз, цистит);
практически здоровые женщины, у которых течение родов может быть осложненным (рубец на матке, поперечное или косое положение плода, многоплодная беременность, внутриутробная смерть плода, миома матки);
при невозможности в амбулаторных условиях уточнить диагноз заболевания,
о с л о ж н е н и я .

85. После выписки из медицинской организации медицинские осмотры производятся :

I	-	через	7 - 10	дней ;
II	-	через	1	месяц ;
III	-	через	2	месяца .

При первом медицинском осмотре изучается выписка из медицинской организации, выявляются жалобы, влагалищное исследование производится по показаниям. Проводится беседа о соблюдении правил личной гигиены. Консультативные осмотры врачами-специалистами назначаются в случае необходимости .

При втором - выявляются жалобы, назначаются лабораторные исследования по показаниям .

При физиологическом течении послеродового периода после третьего осмотра женщину с диспансерного учета снимают.

За состоянием здоровья роженицы наблюдает врач акушер-гинеколог, а за развитием новорожденного - врач-педиатр.

86. Задачи в организации гинекологической помощи:
профилактика гинекологических заболеваний;
раннее их выявление ;
оказание медицинской помощи гинекологическим больным.

87. Выявление гинекологических заболеваний осуществляется при обращении к врачу акушеру-гинекологу с различными жалобами и при проведении ежегодных профилактических осмотров.

Медицинскому осмотру подлежат все женщины, находящиеся в ИУ, которые осматриваются врачом акушером-гинекологом не менее 1 раза в год.

При выявлении заболеваний (или подозрении на их наличие) врач проводит:
сбор анамнеза ;
общий и гинекологический осмотр больных ;
взятие мазков для бактериологического и цитологического исследований.

88. Больные, подлежащие плановой госпитализации, проходят предварительные обследования, им должны быть обеспечены места в стационаре медицинской части .

Женщины, имеющие заболевания, лечение которых невозможно в стационаре медицинской части, направляются на стационарное лечение в медицинские организации.

Согласно статье 104 Кодекса женщина имеет право на искусственное прерывание беременности.

89. Гинекологические больные подлежат регулярному наблюдению и осмотру.

Стационарному лечению подлежат женщины со злокачественными новообразованиями женских половых органов, с нарушением функции репродуктивной системы (нарушение овариально-менструального цикла, дисфункциональные маточные кровотечения, эндометриоз), а также с доброкачественными новообразованиями, требующими оперативного вмешательства, воспалительными заболеваниями женских половых органов в стадии обострения, патологическим климаксом.

Частота и сроки посещений, длительность наблюдения определяются врачом индивидуально для каждой больной в зависимости от характера, клинической стадии заболевания и особенностей его течения.

3.4. Оказание медицинской помощи детям осужденных женщин, содержащимся в Доме ребенка

90. Дом ребенка является детским учреждением для содержания и воспитания детей осужденных женщин. Дом ребенка организуется при женских ИУ.

Дом ребенка размещается на изолированном участке территории ИУ. Занимаемые Домом ребенка земельные участки отгораживаются, оборудуются изолированными друг от друга площадками (по количеству групп) для проведения прогулок и сна детей на свежем воздухе в течение круглого года.

Дом ребенка рассчитывается на размещение 30-150 детей с изоляцией групповых помещений.

Дом ребенка возглавляет руководитель Дома ребенка - врач-педиатр, который осуществляет руководство медицинской, воспитательной и административно-хозяйственной деятельностью в соответствии с законодательством о здравоохранении.

91. В целях правильной организации оздоровительной и воспитательной работы в Доме ребенка организуются возрастные группы.

Количество групп и возрастной состав детей в группах устанавливаются в зависимости от наличия детей, их возраста и учетом их психофизиологического развития.

Распределение детей по возрастам в группах:

первая группа - до 10 месяцев (с выделением подгруппы детей до 4 месяцев);
вторая группа — от 10 месяцев до 1,5 лет;
третья группа — от 1,5 лет до 3 лет.

В первой и второй группах число детей не должно превышать 10, в третьей -
н е б о л е е 1 3 .

Если в какой-либо из возрастных групп количество детей превышает эти
нормы, то создаются параллельные группы.

92. Для медицинского обеспечения детей проводятся организация
правильного физического и нервно-психического развития здорового ребенка;
профилактика и лечение инфекционных и соматических заболеваний.

93. Медицинский персонал Дома ребенка обеспечивает:
рациональное вскармливание детей до 1 года и полноценное питание детей
с т а р ш е 1 г о д а ;
проведение профилактических прививок детям в декретированные
в о з р а с т н ы е п е р и о д ы ;
проведение закаливающих процедур, физкультурных занятий;
проведение мероприятий, связанных с организацией работы карантина,
изоляция заболевших детей в Доме ребенка;
санитарно-просветительную работу с матерями и персоналом Дома ребенка;
у ч е т и о т ч е т н о с т ь .

94. Рациональное вскармливание детей до 1 года организуется в
установленном порядке. При этом медицинские работники обеспечивают:
максимальное сохранение грудного вскармливания;
своевременный перевод ребенка на смешанное и искусственное
вскармливание, в случае недостатка грудного молока;
с учетом возраста и индивидуальных особенностей ребенка введение в
рацион соков, фруктовых пюре, витаминов, различных видов прикорма;
осуществление наблюдения за соответствием получаемого ребенком питания
его физиологическим потребностям в основных пищевых ингредиентах;
введение учета состояния здоровья и индивидуальных особенностей ребенка,
условий питания, окружающей среды.

Для оценки эффективности питания проводится мониторинг равномерного
нарастания массы тела и роста, соответствующего нормам.

Особо выделяются дети группы «риска» - недоношенные, из многоплодной
беременности, родившиеся с крупной массой тела, страдающие гипотрофией.
Вопрос о режиме питания таких детей решается строго индивидуально.

95. Профилактические прививки проводятся в соответствии с санитарными
правилами и нормами. При этом выполняются следующие мероприятия:
планирование прививочной работы на год, квартал, месяц;

осмотр детей в день прививки с обязательной термометрией; соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий правил асептики (отдельный кабинет, стерилизация прививочного инструментария); четкая регистрация проведенных профпрививок с определением продолжительности медицинского отвода.

96. Закаливание проводится с соблюдением следующих условий: учет индивидуальных особенностей ребенка при выборе метода закаливания; комплексное использование всех природных факторов и закаливающих процедур;

постепенность в увеличении силы воздействия природного фактора; систематичность закаливания, которое осуществляется круглый год, но виды его и методики меняются в зависимости от сезона и погоды; спокойное, радостное настроение ребенка во время закаливающей процедуры.

Физическое воспитание детей первого года жизни проводится в форме индивидуальных занятий, включающих массаж и гимнастику.

Детям старше года физкультурные занятия организуются в виде подвижных игр, а также комплекса гимнастических упражнений (хождение по буму, горке, переступание через скамеечку).

Состояние здоровья детей оценивается по комплексной методике с привлечением врачей-специалистов. Конечным результатом этой работы является объединение детей в однородные по состоянию здоровья группы, что облегчит проведение оздоровительных мероприятий.

97. Все вновь поступающие в Дом ребенка дети подлежат немедленному и тщательному врачебному освидетельствованию.

Врачебный осмотр детей производится в следующие сроки: 1-го месяца жизни - ежедневно; от 1 до 6 месяцев - 1 раз в два дня; от 6 месяцев до года - 1 раз в пять дней; от 1 года до 3 лет — 2 раза в месяц.

Данные осмотра и психофизического развития детей заносятся в историю развития ребенка.

Для консультации ослабленных детей и детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья, привлекаются врачи-специалисты из медицинских организаций. При поступлении в Дом ребенка всем детям производятся антропометрические измерения, в дальнейшем эти измерения детям в возрасте до 1 года делают один раз в месяц.

Взвешивание здоровых детей производятся до 4 месяцев - через день, от 4 месяцев до 1 года - 2 раза в 5 дней, от 1 года до 1 года 6 месяцев — 1 раз в 10 дней, от 1 года 6 месяцев до 3 лет - 2 раза в месяц. Ослабленные дети взвешиваются перед каждым кормлением и после него с целью определения

адекватности объема питания.

98. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний все вновь поступающие в дома ребенка дети старше двухмесячного возраста проходят карантин сроком в 21 день.

Дети в возрасте до двух месяцев помещаются на 3-5 дней в полубокс карантинного помещения. Минуя карантин, направляются в медицинские организации дети с острыми тяжелыми и инфекционными заболеваниями, причем последние до госпитализации содержатся в боксе изолятора.

Для прохождения карантина организуется специальное помещение вне Дома ребенка, количество коек в котором должно составлять не менее 15 % от штатного числа мест в Доме ребенка.

Карантинное помещение должно иметь приемную из 2-3 полубоксов, комнаты для содержания детей вместе с матерями, ванную, туалет со сливом, веранду и отдельную площадку для прогулок детей.

В карантинном помещении режим дня строится для каждого ребенка отдельно, а воспитательная работа — в соответствии с возрастом и состоянием здоровья ребенка.

В течение срока карантина производится обследование детей и матерей на бациллоносительство дифтерии, кишечной группы (брюшного тифа, паратифа, дизентерии), пораженность гельминтозами, на заболевание туберкулезом и сифилисом, с исследованием крови на реакцию Вассермана, девочек и матерей — на гонорею. Последующие дополнительные обследования производятся при наличии клинических и эпидемиологических показаний.

Дети, рожденные от матерей, больных или болевших сифилисом, не имеющих активных проявлений заболевания, даже при отрицательной реакции Вассермана подвергаются обязательному профилактическому лечению.

99. Отделение для изоляции детей с заразными формами заболеваний, организуемое на количество коек в размере 15 % от числа мест в Доме ребенка, должно быть размещено в изолированном от групп помещении, и иметь отдельный вход. Оно состоит из приемной, 1-2 боксированных палат, санузла, ванны и бокса для временной изоляции ребенка. При отделении должны быть веранда, а также озелененный участок для прогулки детей.

Карантинное отделение и отделение для изоляции детей с заразными формами заболеваний обеспечиваются всем необходимым оборудованием и предметами ухода.

100. Режим дня в группах и подгруппах устанавливается в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей. В каждой группе проводятся оздоровительные и воспитательные мероприятия соответственно возрасту детей, обеспечивающие их нормальное развитие.

101. При отсутствии грудного молока у матери применяются сухие адаптированные молочные смеси.

102. Для ослабленных детей в домах ребенка организуются санаторные группы с созданием условий и режима, способствующих оздоровлению детей.

103. О каждом случае инфекционного заболевания руководитель Дома ребенка в тот же день сообщает руководителю медицинской части ИУ. В отношении детей, имевших контакт с инфекционными больными, проводятся все необходимые противоэпидемические мероприятия. Они выделяются в отдельную группу и размещаются в отдельном помещении.

В группе, где был выявлен больной ребенок, проводится текущая дезинфекция, а после установления окончательного диагноза - заключительная. При выявлении острой кишечной инфекции дети, обслуживающий персонал данной группы и работники пищеблока обследуются на кишечную группу.

104. Дети с хронической патологией берутся на динамическое наблюдение. В зависимости от характера заболевания им проводятся противорецидивное лечение, специфическая и общеукрепляющая терапия. Периодически дети подлежат углубленному обследованию с привлечением детских врачей - специалистов.

Санитарно-просветительная работа организуется руководителем дома ребенка и проводится в форме вывешивания бюллетеней по вопросам санитарии и гигиены, сезонной профилактики заболеваний, проведения «школы матерей», лекций и бесед на медицинские темы.

105. Дети, имеющие органическое поражение центральной нервной системы, врожденные уродства и другие заболевания, не подлежащие направлению в Дома ребенка общего профиля, передаются в специальные Дома ребенка или медицинские организации.

106. Дети, передаваемые на содержание близким родственникам осужденных женщин, а также в детские учреждения органов здравоохранения, обеспечиваются полным комплектом белья, одежды и обуви по сезону, который подлежит безвозмездной передаче детской организации или родственникам.

107. При освобождении женщин, имеющих при себе детей, им на руки выдаются под расписку свидетельство о рождении ребенка и выписка из истории развития ребенка, в которой должна быть информация о состоянии здоровья ребенка, профилактических прививках и перенесенных заболеваниях. Если при освобождении женщины ребенок болен и нуждается в госпитализации, то с согласия матери он помещается с ней в ближайшую медицинскую организацию.

3.5. Оказание медицинской помощи лицам, содержащимся в колониях-поселениях

108. Соблюдение противоэпидемических мероприятий, санитарно-эпидемиологический надзор в колониях-поселениях (далее - КП) о с у щ е с т в л я ю т П Г С Э Н .

109. В случае выявления инфекционных больных, экстренные извещения для осуществления учета и проведения противоэпидемических мероприятий медицинской частью (медпунктом) передаются в ДКГСЭН.

110. Для оказания медицинской помощи осужденным в составе КП функционируют медицинские части (медпункты). В состав медицинской части входят амбулатория и изолятор на 1-2 койки с умывальником и туалетом, комната для приема пищи. Норма площади палат не менее 4 кв. м на одну койку.

111. Осужденные, содержащиеся в КП, больные туберкулезом, обеспечиваются бесплатным лечением в противотуберкулезных диспансерах местного органа государственного управления здравоохранением. Обследование осужденных и консультации специалистов могут проводиться на базе медицинских организаций (по согласованию). В случае необходимости квалифицированного стационарного лечения они госпитализируются в медицинские организации, в рамках гарантированного объема оказания медицинской помощи.

3.6. Оказание медицинской помощи лицам, содержащимся в учреждениях УИС при перевозках и освобождении из мест лишения свободы

112. Перед отправкой из учреждения лица, содержащиеся в ИУ, проходят обязательный медицинский осмотр для определения пригодности к условиям н а р я д а .

Нетранспортабельные больные переводу не подлежат (кроме больных т у б е р к у л е з о м) .

113. При перевозках тяжелобольных осужденных для их сопровождения выделяются медицинские работники. При наличии среди отправляемых осужденных больных, нуждающихся в квалифицированной медицинской помощи, для сопровождения может выделяться врач. Заключение о необходимости сопровождения осужденных больных выносит руководитель медицинской части, направившего ИУ. Руководитель караула этапного вагона принимает осужденных, у которых на сопроводительном листе указано заключение врача о возможности этапирования.

114. Медицинский персонал, выделенный для сопровождения осужденных: участвует в приеме караулом осужденных, за несколько часов до посадки осужденных в вагон совместно с начальником вагона и представителем медицинской службы железной дороги проверяет санитарное состояние, посуды для приема пищи, бачков для воды, наличие и качество продуктов, тары, предназначенной для хранения продуктов; оказывает медицинскую помощь осужденным в пути следования; при выявлении больных, заболевших в пути следования и нуждающихся в квалифицированной врачебной помощи или возникновении острозаразных заболеваний, через начальника вагона принимает меры к их госпитализации в ближайшую больницу или медицинскую организацию и проведению необходимых противоэпидемических мероприятий силами ДКГСЭН, ГСЭН органов внутренних дел.

115. Оказание необходимой медицинской помощи в пути следования осужденным, при отсутствии сопровождающих медицинских работников, производится силами ближайших медицинских организаций по телеграммам начальников войсковых караулов.

116. Направление лица, отказывающегося от приема пищи, на судебный процесс, в следственные органы и места лишения свободы производится отдельно от иных лиц, содержащихся в ИУ, СИ (в отдельной камере специального вагона или специальной машины) в сопровождении медицинского работника.

Если дальнейший отказ от приема пищи в пути следования будет угрожать здоровью и жизни данного лица, то по письменному заключению сопровождающего медицинского работника он должен быть сдан в одно из ближайших медицинских организаций с обеспечением необходимой медицинской помощи.

117. По фактам некачественного медицинского осмотра перед отправкой или необоснованного отказа в приеме больного в лечебные учреждения, проводится расследование, виновные должностные лица привлекаются к дисциплинарной ответственности.

118. Перевозка женщин с беременностью свыше 6 месяцев или с детьми в возрасте от одного месяца до двух лет, душевнобольных и тяжелобольных производится в специальных вагонах, изолированно от остальных осужденных, в сопровождении медицинских работников, выделяемых органами-отправителями. При следовании медицинских работников в специальных вагонах им предоставляется для отдыха место в купе проводника и постельные принадлежности. При отсутствии необходимости в постоянном медицинском наблюдении за осужденным, о чем должна быть сделана отметка на справке по

его личному делу, допускается следование медицинских работников в соседнем вагоне .

119. Периодичность посещения медицинскими работниками сопровождаемых определяется органом-отправителем. Перевозка осужденных, больных лепрой, осуществляется в специально оборудованных вагонах.

120. При освобождении из ИУ, СИ лицо, нуждающееся в стационарном лечении, госпитализируется в медицинские организации, а также перед направлением в КП и условно-досрочным освобождением, в целях исключения инфекционного заболевания, а также для решения вопроса о возможности самостоятельного следования к месту жительства, осужденный должен пройти медицинский осмотр с обязательным проведением флюорографического и клиничко-лабораторных обследований, последующей санитарной обработкой. Результаты осмотра заносятся в медицинскую карту амбулаторного пациента.

121. При направлении осужденных в КП проводится осмотр их ВКК медицинской части ИУ. Результаты фиксируются в медицинской карте амбулаторного пациента. По заключению осмотра дается справка ВКК о состоянии здоровья с приобщением к личному делу согласно приложению 11 к настоящим Правилам .

Не подлежат переводу в КП осужденные, не прошедшие обязательного лечения, а также требующие специального лечения в лечебно-профилактических учреждениях (инвалиды, лица, в отношении которых не завершено принудительное лечение, состоящие на диспансерном наблюдении с психиатрической патологией, находящиеся на диспансерном наблюдении по поводу хронических заболеваний с частыми обострениями, препятствующими полному объему трудового использования, больные активным туберкулезом, а также лица, наблюдающиеся по диспансерным группам учета по туберкулезу с большими остаточными изменениями, больные СПИДом 3-4 клинической стадии , больные инфекционными заболеваниями в острой стадии, системными заболеваниями, приводящими к инвалидности).

122. В случае, когда подлежащий освобождению осужденный, в силу имеющихся у него заболеваний, психического состояния и физических недостатков к избранному месту жительства самостоятельно следовать не может, руководитель медицинской части ставит об этом в известность руководителя ИУ, которому необходимо в установленном порядке выделить необходимое количество сопровождающих .

123. Труп умершего при этапировании осужденного и его вещи сдаются в ближайший орган внутренних дел на транспорте. Служебное расследование в данном случае проводится в обязательном порядке.

124. При освобождении из ИУ, СИ лиц, нуждающихся в направлении в

дома-интернаты для престарелых и инвалидов, администрация должна не позднее, чем за 3 месяца до освобождения представить в местные органы социального обеспечения необходимые документы на указанных лиц для помещения их после освобождения в соответствующие дома-интернаты.

3.7. Организация скорой неотложной медицинской помощи в местах лишения свободы

125. Неотложная медицинская помощь оказывается в объеме первой помощи, доврачебной, первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в зависимости от штатных сил и средств.

При необходимости больные для оказания неотложной медицинской помощи могут быть вывезены в медицинские организации, которые регистрируются в журнале вывозов в медицинские организации местного органа государственного управления здравоохранением, согласно приложению 12 к настоящим Правилам.

Амбулатория должна быть готова для оказания неотложной медицинской помощи в любое время суток. Для этого в процедурной и перевязочной (операционной) должны быть в постоянной готовности лекарственные препараты, применяемые для оказания неотложной помощи при острых состояниях, стерильный хирургический инструментарий, одноразовые шприцы, стерильный перевязочный материал.

В процедурных шкафах для оказания неотложной помощи необходимо разместить таблицу с указанием основных симптомов соответствующих заболеваний, перечнем лекарственных средств для оказания неотложной медицинской помощи согласно лекарственного формуляра.

В постоянной готовности должна быть портативная укладка (сумка или бикс, чемодан) с набором средств для оказания неотложной медицинской помощи вне медицинской части.

126. Привлечение медицинского работника ИУ, СИ к выполнению работ, не связанных с медико-санитарным обеспечением, запрещается.

127. Все медикаменты, предназначенные для текущего расходования, и имущество для оказания неотложной медицинской помощи должны храниться в специальных шкафах в помещениях под замком. Помещения должны опечатываться.

Хранить в амбулатории медикаменты и другое расходное имущество допускается в количестве, не превышающем десятидневную потребность. Перед выдачей лекарственных средств больному, каждый раз проверяются соответствие выдаваемого лекарственного средства назначенному и срок его годности.

3.8. Оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

128. Показаниями для госпитализации, в том числе срочной, являются состояния, требующие лечения в условиях стационара.

129. С учетом транспортабельности больной госпитализируется в ближайшую медицинскую организацию соответствующего профиля.

При необходимости проведения в пути следования мероприятий медицинского характера, а также при возможности возникновения такой необходимости больного (пострадавшего) должен сопровождать медработник, имеющий при себе укладку с медикаментами и инструментарием. В направлении на экстренную госпитализацию должны быть кратко изложены сведения о состоянии эвакуируемого и оказанной помощи. Медицинский персонал не включается в состав конвоя, не осуществляет охрану и надзор за больным осужденным во время его нахождения в медицинской организации, а выполняет только функцию медицинского сопровождения.

130. При обследовании больных для установления диагноза заболевания врач медицинской части использует данные анамнеза, медицинские документы, результаты осмотра, данные лабораторных, рентгенологических и функциональных методов исследования. В необходимых случаях об имевшихся заболеваниях запрашиваются данные из медицинских организаций по месту жительства до их ареста и осуждения.

Стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь оказывается при заболеваниях, требующих постоянного врачебного наблюдения, интенсивного круглосуточного ухода, комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных методов обследования и лечения с использованием новейших медицинских технологий. В лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих стационарную помощь, могут создаваться стационарозамещающие отделения дневного пребывания.

131. Прием больных в стационар или стационарозамещающее отделение дневного пребывания медицинской части осуществляется при наличии в медицинской карте амбулаторного пациента заключения врача о необходимости проведения стационарного обследования и лечения. Данные о вновь поступивших в стационар заносятся в журнал учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации.

Стационар медицинской части предназначен для: обследования и лечения больных со сроком лечения до 14-15 дней; необходимого стационарного долечивания больных, выписанных из больниц; временной изоляции инфекционных или подозрительных на инфекционное

заболевание больных до направления их в больницу; стационарного лечения нетранспортабельных больных до улучшения их состояния и направления в больницу; помещения лиц, подлежащих стационарному лечению по плану диспансерного наблюдения или отнесенных к оздоровительной группе; помещения больных, подлежащих освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью, при невозможности нахождения их в общежитии и отсутствии показаний для направления в больницы.

132. Руководитель ИУ, СИ обеспечивает развертывание положенных по штату коек и их эффективное использование.

133. На каждого больного ведется медицинская карта стационарного больного установленного образца, утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения».

Обо всех случаях экстренной или плановой госпитализации в стационар, а также выписки из него медицинская часть извещает начальника отряда (старшего по корпусу).

Все смертные случаи лиц, содержащихся в ИУ, СИ, регистрируются в журнале регистрации смертных случаев согласно приложению 13 к настоящим Правилам.

134. При наличии в стационаре нескольких палат больные, представляющие опасность для окружающих (инфекционные, заразные кожные, психические заболевания), содержатся отдельно.

135. Все больные, поступающие в стационар, проходят обязательную санитарную обработку. В зависимости от состояния больного проводится полная или частичная санитарная обработка.

При необходимости белье больного подвергается дезинфекции. Одежда и обувь хранятся в специально выделенном помещении стационара, нательное белье больного сдается в стирку и при выписке возвращается ему.

Обход больных врачами медицинской части проводится ежедневно. Дневниковые записи больным производятся 1 раз в 3 дня в случаях легкого течения заболевания и ежедневно в среднетяжелых и тяжелых случаях.

Руководитель медицинской части осматривает больного не реже одного раза в неделю и в обязательном порядке - в первый день поступления больного и перед выпиской.

Врачебные назначения, измерение температуры тела, антропометрические исследования производит дежурный фельдшер (медсестра).

Больному может быть назначен постельный, полупостельный или общий

режим. Постельный режим назначается больным с повышенной температурой тела, выраженной общей слабостью, явлениями интоксикации и т.п., полупостельный - больным, лечение которых требует ограничения двигательной активности, общий - больным, лечение которых не требует ограничения двигательной активности.

Во время пребывания в стационаре больной проходит обследование, при котором используются все возможные в условиях медицинской части методы инструментального и лабораторного исследования. Для проведения консультаций привлекаются врачи медицинских организаций. Плановые консультации осуществляются по графику, а в неотложных случаях - в любое время суток.

Хирургическое вмешательство, переливание крови, ее компонентов, и применение инвазивных методов диагностики применяются с письменного согласия больных.

Больным, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), признанным судом недееспособными, хирургическое вмешательство, переливание крови, инвазивные методы диагностики проводятся с письменного согласия их законных представителей.

В случаях, когда промедление выполнения хирургического вмешательства, переливания крови и ее компонентов, инвазивных методов диагностики угрожает жизни больного, а получить согласие больного или его законных представителей не представляется возможным, решение принимает врач или консилиум с последующим информированием больного или его законных представителей о принятых мерах.

136. Объем медицинской помощи в стационаре определяется наличием работающих в медицинской части врачей-специалистов и оборудования согласно требованиям, предъявляемым к оснащению лечебно-профилактических учреждений и его предназначения.

137. В составе стационара оборудуется палата для изолированного содержания больных с заразными формами заболеваний и психическими расстройствами. Палата предназначается для временной изоляции (до направления в больницу) инфекционных больных (в том числе больных туберкулезом) и больных с заболеваниями, подозрительными на инфекционные, оказания им первой врачебной помощи, ухода и наблюдения за больными и взятия анализов, необходимых для диагностики заболевания.

В палате своевременно должна проводиться текущая и заключительная дезинфекция. Медицинский персонал в палате пользуется специально выделенными халатами и строго соблюдает все правила личной гигиены.

138. В стационаре медицинской части круглосуточно находится дежурный

санитар. Количество дежурного персонала устанавливает руководитель медицинской части.

3.9. Оказание стационарной медицинской помощи осужденным, больным соматическими заболеваниями и страдающим психическими расстройствами в лечебно-профилактических учреждениях

139. Квалифицированная медицинская помощь оказывается многопрофильными больницами по направлению специалистов медицинской части. По медицинским показаниям пациент может переводиться в медицинскую организацию местного органа государственного управления для получения специализированной или высокоспециализированной медицинской помощи.

При направлении осужденных, страдающих соматическими, психическими заболеваниями (далее - больные), на стационарное лечение руководитель учреждения, в котором находится осужденный, предварительно запрашивает разрешение (наряд) на госпитализацию у руководителя уполномоченного органа уголовно-исполнительной системы по форме согласно приложению 14 к **н а с т о я щ и м** **П р а в и л а м** .

Ежемесячно к 25 числу в уполномоченный орган уголовно-исполнительной системы психиатрической и соматическими больницами представляется информация об осужденных больных, прошедших стационарный курс лечения, с указанием диагноза при поступлении и выписке, исхода лечения и проведенных **к о й к о - д н е й** .

140. Одновременно с запросом высылается подробный выписной эпикриз из медицинской документации осужденного с указанием всех сопутствующих заболеваний и заключением руководителя медицинской части ИУ о необходимости стационарного лечения согласно приложению 15 к настоящим Правилам. В заключении указываются анамнестические и клинические данные, свидетельствующие о наличии заболевания. При направлении психически больных дополнительно высылается заключение врача-психиатра ИУ о необходимости стационарного лечения, сведения о том, наблюдался ли осужденный ранее в психоневрологическом диспансере, проходил ли ранее амбулаторную или стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

Согласие больного на госпитализацию обязательно (кроме случаев, определенных статьей 94 Кодекса), в случае отказа от госпитализации у больного берется заявление на имя руководителя ИУ об отказе, которое хранится в истории болезни или медицинской карте амбулаторного пациента осужденного согласно приложению 16 к настоящим Правилам. Если больной, в силу своего состояния не способен адекватно оценить свое состояние, госпитализация

осуществляется по медицинским показаниям.

Недобровольная госпитализация лиц с тяжелым психическим расстройством для обследования и лечения без его согласия осуществляется в соответствии с Кодексом.

141. Направление больных с соматическими заболеваниями в сочетании с туберкулезом на стационарное лечение в соматическую больницу или противотуберкулезное учреждение определяется по тяжести основного заболевания.

142. При направлении психически больных осужденных, больных активной формой туберкулеза на стационарное лечение, одновременно с ними направляются личные дела с обязательным наличием медицинской карты амбулаторного пациента.

Психически больные осужденные, нуждающиеся в стационарном лечении, у которых выявлен активный туберкулез, проходят курс лечения в инфекционном изоляторе психиатрической больницы, где им одновременно проводится противотуберкулезное лечение.

143. Перевозка больных на стационарное лечение осуществляется только в случае его транспортабельности, при необходимости в сопровождении медицинского работника органа-отправителя. Необходимость сопровождения определяется руководителем медицинской части органа-отправителя. В обязательном порядке сопровождаются психически больные, женщины с беременностью свыше шести месяцев.

144. Больные помещаются на стационарное лечение при наличии:

- 1) заключения руководителя медицинской части органа-отправителя о необходимости стационарного лечения;
- 2) заключения врача-психиатра о необходимости проведения обследования и лечения в психиатрической больнице;
- 3) разрешения (наряда) уполномоченного органа уголовно-исполнительной системы;
- 4) личного дела осужденного с медицинской документацией и финансовой справкой об имеющихся наличных деньгах у осужденного, на основании которой бухгалтерия открывает лицевой счет для приобретения предметов первой необходимости.

145. Осужденные, подлежащие в соответствии со статьей 168 Уголовно-исполнительного кодекса Республики Казахстан освобождению от отбывания наказания, не возвращаются в ИУ, где они ранее содержались, после вынесения судом решения об освобождении. Они переводятся в медицинские организации в порядке, установленном законодательством.

146. Охрана осужденных к лишению свободы, госпитализированных в

медицинские организации, осуществляется в соответствии с законодательством
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н .

147. Перевод осужденных из СИ в лечебно-профилактические учреждения проводится по закреплению в порядке, установленном уполномоченным органом
уголовно-исполнительной системы.

148. Осужденные, больные венерическими, паразитарными инфекционными заболеваниями, обеспечиваются лечением по месту содержания.

149. Освидетельствование больных женщин и несовершеннолетних мужского и женского пола специальной медицинской комиссией и представление материалов в суд для освобождения от отбывания наказания в связи с болезнью производятся по месту их содержания.

3.10. Восстановительное лечение и медицинская реабилитация. Экспертиза временной нетрудоспособности

150. Экспертизу временной нетрудоспособности в ИУ, СИ осуществляет врач медицинской части, больницы. Задачей экспертизы временной нетрудоспособности является определение у осужденных признаков временной утраты трудоспособности, в случае выявления у лиц стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм и дефектами, их направляют на ВКК.

151. При установлении факта временной нетрудоспособности и необходимости освобождения от работы по болезни для прохождения амбулаторного лечения делается запись об освобождении от работы и назначении лечения в соответствующей медицинской документации, заполняется талон регистрации причин временной нетрудоспособности.

Лечащий врач имеет право выдавать лист и (или) справку временной нетрудоспособности одновременно на три календарных дня (в период повышенной заболеваемости населения гриппом - на шесть дней. Продление листа временной нетрудоспособности свыше шести дней и всякое последующее продление производятся лечащим врачом по заключению ВКК.

Запрещается давать освобождение от работы заочно, обязательным является также осмотр больного при продлении освобождения от работы и перед выходом
н а р а б о т у .

В тех ИУ, СИ, где работает один врач или фельдшер дается освобождение на все время заболевания с обязательным его обоснованием.

152. При острых заболеваниях с благоприятным трудовым прогнозом освобождение выдается до восстановления трудоспособности. При острых заболеваниях с склонностью к переходу в хроническое состояние освобождение

от работы выдается до того времени, пока трудовой прогноз не станет благоприятным. При неблагоприятном или сомнительном прогнозе больного ВКК направляет для освидетельствования в медико-социальную экспертизу территориального подразделения уполномоченного органа в области социальной защиты населения (далее - МСЭ). В случае, если нет оснований для установления инвалидности, но имеется частичное ограничение трудоспособности, больной по заключению врача переводится на другую работу.

153. Первичное освидетельствование и переосвидетельствование в установленные сроки МСЭ лиц, содержащихся в ИУ, СИ, проводятся на общих основаниях.

154. Врачи медицинской части лицу, содержащемуся в ИУ, СИ, после проведения комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оформляют направление на МСЭ.

155. Администрация ИУ, СИ формирует и представляет в территориальное подразделение МСЭ медицинскую карту амбулаторного пациента (медицинскую карту стационарного больного), направление на МСЭ, одновременно решается вопрос о времени и месте проведения освидетельствования.

156. В заседании МСЭ принимают участие представители администрации.

3.11. Оказание медицинской помощи при телесных повреждениях, травмах и отравлениях

157. Все поступившие в ИУ, СИ в обязательном порядке осматриваются на наличие телесных повреждений.

158. О каждом факте медицинского освидетельствования на наличие телесных повреждений (в результате производственных травм, несчастных случаев и т.д.) медицинский работник сообщает рапортом руководителю ИУ, СИ, который немедленно передается дежурному помощнику руководителя ИУ, СИ.

159. При обнаружении телесных повреждений администрация ИУ, СИ в обязательном порядке незамедлительно извещает органы прокуратуры о фактах причинения телесных повреждений лицам, содержащимся в ИУ, СИ, а также обратившихся с жалобой о причинении им телесных повреждений. Все факты регистрируются в журнале регистрации случаев травматизма согласно приложению 17 к настоящим Правилам.

В случае обращения по поводу нанесения телесных повреждений или обнаружения телесных повреждений на теле обращенного лица, должен быть составлен акт о наличии телесных повреждений (освидетельствования) или о

нанесении телесных повреждений самому себе.

160. Мероприятия по предупреждению телесных повреждений, травм и отравлений среди лиц, содержащихся в ИУ, СИ, проводятся всеми службами.

161. За выполнением требований нормативных правовых актов Республики Казахстан по обеспечению должного содержания лиц, содержащихся в ИУ, СИ, трудового устройства, предупреждения травм и отравлений, несчастных случаев проводится постоянный контроль со стороны руководителей учреждений, служб и медицинских работников;

систематическое проведение руководителями служб занятий с подчиненными по выполнению требований приказов и инструкций;

трудовое использование лиц, содержащихся в ИУ, СИ в соответствии с их квалификацией и состоянием здоровья;

систематическое проведение занятий с лицами, содержащимися в ИУ, СИ, по изучению основных правил техники безопасности, ознакомлению с мерами личной профилактики травм и отравлений, изучению и практической отработке приемов оказания первой помощи (в порядке самопомощи и взаимопомощи) при травмах, отравлениях и несчастных случаях;

технический инструктаж и оформление допуска к определенным видам работ ;

проведение санитарно-просветительной работы; постоянное наблюдение за лицами, имеющими слабое физическое развитие и хронические заболевания, определение им трудовых рекомендаций и контроль за их трудоустройством ;

изучение обстоятельств и причин травм и отравлений с разработкой конкретных мероприятий по их предупреждению.

162. По плану работы медицинской части ИУ, СИ медицинскими работниками осуществляется наблюдение за санитарно-гигиеническими условиями труда лиц, содержащихся в ИУ, СИ, выполнением правил охраны труда и производственной санитарии, наличием и укомплектованностью аптек и санитарных сумок, состоянием питьевого водоснабжения на производстве, наличием спецодежды, санитарным состоянием территории, рабочих мест. Результаты проверок оформляются актами обследований и предписаниями в адрес администраций цехов, участков и объектов организации труда лиц, содержащихся в ИУ, СИ, с указанием конкретных сроков устранения выявленных недостатков.

В случае выявления грубых нарушений санитарно-гигиенических правил на производстве, результаты обследования докладываются непосредственно руководству учреждения для принятия немедленных мер к их устранению. При непринятии мер по устранению недостатков руководитель медицинской части

докладывает вышестоящему медицинскому руководителю.

163. Производственные объекты обеспечиваются медицинским обслуживанием в следующем порядке:

1) все цеха, самостоятельные участки, мастерские и объекты организации труда лиц, содержащихся в ИУ, СИ, оснащаются аптечками первой помощи. За сохранность и своевременное пополнение аптечек несут ответственность начальники цехов, участков, мастера. Пополнение аптечек осуществляют медицинские работники за счет производства;

2) в каждой производственной бригаде, работающей на отдаленном участке, цехе или группе бригад для оказания первой помощи выделяется один из осужденных, специально для этого подготовленный, которого медицинская часть ИУ обеспечивает санитарной сумкой с медикаментами и перевязочными материалами;

3) если пострадавший на производстве нуждается в оказании срочной врачебной помощи, организуется доставка его в медицинскую часть или ближайшую медицинскую организацию.

164. В соответствии с Трудовым кодексом Республики Казахстан каждый несчастный случай, связанный с производством, вызвавший у работника (работников) потерю трудоспособности не менее одного дня, согласно медицинского заключения (рекомендации), материалов расследования оформляется актом о несчастном случае.

Акт с материалами расследования о производственной травме, профессиональном заболевании или отравлении приобщается к личному делу осужденного в установленном порядке.

Если специальным расследованием установлено, что смерть или потеря трудоспособности работника явились результатом действий (драка, нанесение себе телесных повреждений, убийство и прочее), связанных с нарушением пострадавшим режима содержания или отравлением от умышленного употребления в целях опьянения различных технических жидкостей (лаков, красок, растворителей и прочее), содержащих токсические вещества и не связанных с производственным процессом, то акт не составляется. При этом смерть или потеря трудоспособности работника оформляются соответствующими документами (свидетельство о смерти, лист временной нетрудоспособности и т.д.) на общих основаниях.

П р и л о ж е н и е 1

к Правилам оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена,

а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

ЖУРНАЛ

первичного опроса и регистрации оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в специальных учреждениях (ИВС, ПР, СПА)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Возраст	Дата поступления	Жалобы	При поступлении выявлено
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Время вызова и прибытия медицинского работника	Характер оказанной медицинской помощи	Госпитализация, наименование лечебного учреждения	Рекомендации	Подпись дежурного специального учреждения	по	Примечание
7	8	9	10	11	12	12

Приложение 2

к Правилам оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

Журнал регистрации обращения в кабинет медицинского работника специального учреждения за _____ 20__ г.

№ п/п	дата и час вызова или обращения	Ф.И.О. больного, год рождения	№ камеры	По какому поводу сделано обращение	Вызов первичный, повторный, посещение активное	Жалобы на состояние здоровья в момент обращения, общее состояние объективные данные. Диагноз
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

--	--	--	--	--	--	--

Нозологическая форма	Частота наблюдения	Осмотры врачами др. специальностей	Наименование частота лабораторных других диагностических исследований	и Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
Гипертоническая болезнь	2-4 раза в год в зависимости от тяжести течения	офтальмолог, невропатолог не реже 1 раза в год (по возможности)	анализ мочи общий 2-4 раза в год, креатинин, глазное дно, ЭКГ - 1 раз в год	коррекция факторов риска, ограничение в пище соли, насыщенных жиров. Трудовые рекомендации. Медикаментозная профилактика и терапия (тиазидовые диуретики, бетаблокаторы, периферические вазодилататоры и др.), гипотензивные средства по ступенчатой схеме. Примечание: ограничение потребления соли до 5 г в сутки
Ишемическая болезнь сердца (все ее формы кроме острого инфаркта миокарда)	4 раза в год в зависимости от функционального класса	кардиолог, невропатолог 1 раз в год (по возможности)	анализ крови - 1 раз в год. ЭКГ и функциональные пробы 2 раза в год в зависимости от функционального класса	рекомендации по навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска. Медикаментозная профилактика и терапия (нитраты, бетаблокаторы, антагонисты кальция, дезагреганты) - по показаниям в зависимости от функционального класса и сопутствующих нарушений в виде монотерапии или в комбинации, постоянно или курсами

Состояние после острой пневмонии	3 раза в течение 6 месяцев	в ЛОР, стоматолог 6 раз в год (по возможности)	анализ крови, флюорография, анализ мокроты - 2 раза через 1 и 6 месяцев	витаминотерапия, симптоматическая терапия, профилактика ОРВИ и гриппа, отказ от курения. При отсутствии прогрессирования процесса - снятие с диспансерного учета
Рецидивирующий бронхит	3 раза в год	ЛОР, стоматолог 1 раз в год, фтизиатр (по возможности)	анализ крови, анализ мокроты, флюорография - 2 раза в год	противорецидивная - 2 раза в год и при ОРВИ: витаминотерапия, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. Физиотерапия и фитотерапия, санация очагов инфекции. Отказ от курения
Бронхиальная астма	2-3 раза в год в зависимости от тяжести	фтизиатр, ЛОР, стоматолог (1 раз в год)	анализ крови, анализ мокроты - 2-3 раза в год, флюорография, ЭКГ - 2 раза в год. Больным с гормонозависимыми формами - анализ крови и мочи на сахар 2 раза в год (по возможности)	исключение контакта с аллергеном, антибактериальная терапия по поводу других заболеваний по строгим показаниям; профилактическая гипосенсибилизирующая терапия по показаниям; физиотерапия; дыхательная гимнастика. Профилактика ОРВИ и гриппа, санация очагов инфекций
Пневмония хроническая	3 раза в год	стоматолог 1 раз в год, фтизиатр, онколог по показаниям	анализ крови, клинический 3 раза в год, флюорография, анализ мокроты, ЭКГ -	противорецидивное лечение 2-3 раза в год и ОРВИ: ингаляция антисептических растворов, аэрофитотерапия, общеукрепляющее и противовоспалительное

			2 раза в год (по возможности)	тельное лечение, симптоматические средства
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки -хронический гастродуоденит с частыми обострениями, осложнениями - в стадии стойкой ремиссии или с редкими обострениями	3-4 раза в год 2 раза в год	хирург, онколог по показаниям	анализ крови 2 раза в год, анализ кала на скрытую кровь при обострениях. Анализ желудочного сока 1 раз в 2-3 года. Рентгеновское исследование при обострении, гастродуоденоскопия	диетотерапия. Противорецидивное лечение (при частых рецидивах 3-4 раза в год) комбинацией холинолитиков, антацидами или только блокаторами H ² -рецепторов, гистамина, витамины группы В, С. При язве желудка - препараты вяжущего, обволакивающего и стимулирующего действия
Хронический активный гепатит	3-4 раза в год		билирубин, холестерин, общий анализ крови, осадочные АСТ, АЛТ 1 раз в год	профилактическая терапия: витамины группы В, С по показаниям
Цирроз печени	4 раза в год, без отрицательной динамики - 2 раза в год		анализ крови с подсчетом тромбоцитов 4 раза в год	лечебно-профилактические мероприятия как при хроническом гепатите, симптоматическая терапия по показаниям
Состояние после перенесенного инфекционного гепатита	3 раза в год		биохимическое исследование крови: осадочные пробы, ферменты крови АСТ, АЛТ 1 раз в год	то же, что и при хроническом активном гепатите
	1-4 раза в зависимости от		содержание сахара в крови и в моче натощак. Холецистогра-	профилактическое лечение 2-4 раза в год (спазмолитические или церукал, желчегонные,

Хронический панкреатит	тяжести течения	хирург (по показаниям возможности)	по ф и я (по показаниям	по обволакивающие, вяжущие, витамины В, С; при показаниях - ферментные препараты)
Состояние после резекции желудка, холецистэктомии и других операций на органах пищеварения	1-2 раза в год	онколог, хирург (по показаниям)	по анализ крови общий, рентгенологическое исследование по показаниям	по показаниям - ферментативная терапия, желчегонные, витамины группы В, С, противовоспалительные средства
Гломерулонефрит диффузный. Все формы. Пиелонефрит хронический	4 раза в год	стоматолог, акушер-гинеколог (раз в год)	ЛОР, 1 анализ крови клинический, общий анализ мочи 4 раза в год. Анализ мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого (при снижении относительной плотности мочи до 1015 в разовом исследовании мочи). Определение общего белка, мочевины в сыворотке крови (по возможности)	максимальное исключение повреждающих факторов (лекарства, сыворотки, вакцины, охлаждения, инсоляции). Поддерживающая терапия после лечения острых форм или обострений хронического нефрита дезагрегатами (курантил) или кортикостероидами или цитостатиками. При хроническом пиелонефрите - профилактические курсы противинфекционных препаратов (5 - НОК, невидграмон, фурадонин, ампициллин и др. чередуя с фитопрепаратами)
			анализ крови общий 4 раза в год, общий анализ мочи 2	медикаментозное лечение (нестероидные противовоспалительные препараты,

Ревматизм	4 раза в год	ЛОР, стоматолог раз в год	1 1 раз в год, ЭКГ 2 раза в год (по возможности)	препараты наперстянки, калия, мочегонные - по показаниям). Санация очагов инфекции
Ревматоидный артрит	2-4 раза в год	стоматолог, ЛОР раз в год	1 анализ крови, мочи общий - 4 раза в год. При лечении препаратами золота, цитостатиками, Д-пеницилла- мином 2 раза в мес. Общий анализ крови, ежемесячно - число тромбоцитов, еженедельно - общий анализ мочи. Рентгенография суставов 1-2 раза в год	постоянный прием нестероидных противовоспали- тельных препаратов и базисных средств (делагил, препараты золота, Д-пеницилла- мин), физиотерапия 2 раза в год. Санация очагов инфекции. Внутрисуставное введение стероидов - по показаниям
Болезнь Бехтерева	2-4 раза в год	стоматолог, офтальмолог раза в год (по возможности)	ЛОР, 1-2 (по возможности) общий анализ крови и мочи - 4 раза в год. Рентгенография костей таза, позвоночника и грудной клетки 1 раз в год. ЭКГ 1 раз в год	постоянный прием нестероидных противовоспали- тельных препаратов (вольтарен, ортофен, индометацин). Рациональное трудоустройство
Деформирующий остеоартроз (с поражением крупных суставов)	2-3 раза в год		общий анализ крови, мочи - 4 раза в год, ЭКГ - 1 раз в год. Рентгенография суставов 1 раз в год	при наличии болей и реактивного синовита - прием нестероидных противовоспали- тельных препаратов
	П р и минимальной активности - 2		общий анализ крови и мочи 4-6 раза в год, число тромбоцитов 2 раза в год, при применении цитостатичес-	медикаментозное лечение

Системная красная волчанка	раза в год, при II степени активности - 4 раза в год	ЛОР, стоматолог, гинеколог, офтальмолог	ких препаратов - ежемесячный контроль анализов. ЭКГ - 1-2 раза в год. Рентгенография органов грудной клетки 2 раза в год	(глюкокортикоиды и цитостатики) индивидуально подобранных дозах
Системная склеродермия	2-4 раза в год	стоматолог, ЛОР, невропатолог, гинеколог 1 раз в год	При лечении Д-пеницилламином, цитостатиками - общий анализ крови и мочи 1 раз в 4 недели. Рентгенография костей, грудной клетки 1 раз в год, ЭКГ 1 раз в год	медикаментозное лечение (Д-пеницилламин, цитостатики) по показаниям. Санация очагов инфекции. Физиотерапия 2 раза в год
Дерматомиозит (идиопатический)	4 раза в год	невропатолог 2 раза в год; стоматолог 1 раз в год	общий анализ крови и мочи 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, затем 1-2 раза в год. Рентгенография органов грудной клетки 1 раз в год	медикаментозное лечение (кортикостероиды, метатрексат, симптоматические средства), витаминотерапия (витамин Е)
Диффузный токсический зоб - в стадии обострения в стадии медикаментозной компенсации	2 раза в месяц	хирург, офтальмолог по показаниям хирург по показаниям. Эндокринолог 2 раза в год		лечение тиреостатическими препаратами в стационаре
Сахарный диабет 1 типа: - лабильное течение	1 раз в 3 недели	эндокринолог 4 раза в год, офтальмолог, невропатолог 1-2 раза в год	общий анализ крови и мочи, анализ мочи и крови на сахар, ацетон	ограничение углеводов, лечение инсулином. Курсы дезагрегантами

			- 1 раз в месяц, ЭКГ по показаниям	
- стабильное течение	1 раз в месяц	эндокринолог 2 раза в год, офтальмолог, невропатолог 2 раза в год	общий анализ крови и мочи, анализ мочи и крови на сахар, ацетон - 1 раз в месяц, ЭКГ по показаниям	ограничение углеводов, лечение инсулином. Курсовое профилактическое лечение дезагрегантами
Сахарный диабет типа II	1 раз в 3 месяца	эндокринолог, офтальмолог, невропатолог 1-2 раза в год	то же	лечение пероральными сахароснижающими препаратами
Железодефи- цитная анемия	4 раза в год	в зависимости от этиологии основного заболевания - год. акушер-гинеколог, уролог, гематолог - 2 раза в год (по возможности)	общий анализ крови 4 раза в год. Рентгеноскопия желудка - 1 раз в год	лечение основного заболевания, препараты железа
B 1 2 дефицитная анемия	4-5 раза в год	гематолог 2 раза в год (по возможности)	общий анализ крови 4-5 раз в год. Рентгеновское исследование желудочно- кишечного тракта - 1 раз в год	медикаментозная терапия витамином B12 и фолиевой кислотой
Миелолейкоз хронический	12-14 раз в год	гематолог 4 раза в год	общий анализ крови 12-14 раз в год. Стернальная пункция и трепанобиопсия во время стационарного лечения 1 раз в 2-3 года. Рентгенография скелета 1 раз в 2 года	витаминотерапия. Санация очагов хронической инфекции. Медикаментозная терапия (курсовая и прерывисто поддерживающая монокимиотерапия)
Лимфолейкоз хронический	6 раз в год	гематолог 2 раза в год, стоматолог,	общий анализ крови 6 раз в год. Стернальная пункция, рентгеноскопия	общеукрепляющая и медикаментозная терапия (химиотерапия,

		невропатолог, 1 раз в год	ЛОР органов грудной клетки 1 раз в год	гормоны, антибактериальные препараты)
Лимфоадено- патия	4 раза в год	фтизиатр, 1 раз в год	хирург 1 общий анализ крови 4 раза в год. Анализ крови на ВИЧ 2 раза в год	санация очагов инфекции. Поливитаминоте- рапия, антибактериальная терапия. Противопоказание физиотерапевти- ческих и тепловых процедур
Миеломная болезнь	8-10 раз в год	гематолог 2 раза в год	8-10 раз в год. Рентгенография костей скелета и черепа	исключение физических нагрузок. Медикаментозная химиотерапия и гормонотерапия
Преходящие нарушения мозгового кровообраще- ния очаговой неврологичес- кой симптоматикой	в течение года 1 раз в 3-4 с месяца, в дальнейшем 1-2 раза в год	терапевт и окулист 1 раз в год, невропатолог 2-3 раза в год	анализ крови и общий анализ мочи, анализ крови на сахар 1 раз в год. ЭКГ 1 раз в год. Протромбин крови 1 раз в год	гипотензивная терапия. Курсовое применение вазоактивных препаратов и средств, улучшающих метаболизм мозга, противосклероти- ческих средств, антиагрегантов
Мозговой инсульт остаточными явлениями лиц, сохранивших трудоспособ- ность)	1 раз в 3-4 месяца; в с дальнейшем 1-2 раза в год при (у отсутствии повторных острых нарушений мозгового кровообращения	невропатолог 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год	то же	тоже

П р и л о ж е н и е 5
к Правилам оказания медицинской помощи
гражданам, свобода которых ограничена,
а также отбывающим наказание по
приговору суда в местах лишения свободы,
помещенным в специальные учреждения

Примерная схема наблюдения за наркологическими больными

--	--	--	--	--

Нозологическая форма	Частота наблюдения	Осмотры врачами др. специальностей	Наименование и частота лабораторных других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
группа диспансерного учета I (ГДУ-I). Активный учет				
Хронический алкоголизм	1 раз в месяц	терапевт	клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы (печеночные пробы), ЭКГ, рентгенофлюорография до начала лечения, в дальнейшем по показаниям	психотерапевтические и медикаментозные методы лечения алкоголизма
группа диспансерного учета II (ГДУ-II). Пассивный учет				
Хронический алкоголизм	при профосмотрах и в период проведения поддерживающей противорецидивной терапии	терапевт		наблюдение, психотерапевтические беседы, короткие курсы медикаментозного лечения алкоголизма
группа диспансерного учета I (ГДУ-I)				
Наркомания	1-й год - 1 раз в месяц 2-й год - 1 раз в 2	терапевт, невропатолог, нарколог (по	клинические анализы крови и мочи,	дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия,
	месяца	возможности)	биохимические анализы (печеночные пробы), ЭКГ, рентгенофлюорография до начала лечения, в дальнейшем по показаниям	нейролептики, психотерапия, седативные препараты для купирования абстиненции, физиотерапия, трудотерапия, медикаментозная коррекция рецидивов заболевания
группа диспансерного учета II (ГДУ-II)				
Наркомания	1 раз в 6 месяцев	-	по показаниям	трудотерапия, наблюдение

П р и л о ж е н и е 6
к Правилам оказания медицинской помощи
гражданам, свобода которых ограничена,

а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

Примерная схема наблюдения при кишечных инфекционных заболеваниях

Нозологическая форма	Период наблюдения	Частота наблюдения	Осмотры врачами др. специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
Бактериальная дизентерия, колиты, энтериты, энтероколиты	3 месяца	1 раз в месяц	инфекционист (терапевт)	однократное бактериологическое обследование 1 раз в месяц	при рецидиве заболевания или обнаружении в испражнениях патогенных бактерий кишечной группы эти лица вновь проходят лечение
Хроническая дизентерия, длительный неустойчивый стул	6 месяцев	1 раз в месяц	инфекционист (терапевт)	однократное бактериологическое обследование 1 раз в месяц	то же
Брюшной тиф, паратиф А, В	3 месяца	1 раз в месяц	инфекционист (терапевт)	термометрия один раз в неделю в течение 1-го месяца, в последующие месяцы не реже 1 раза в 2 недели; однократное бактериологическое обследование кала и мочи - ежемесячно; в заключение исследуют желчь и ставят РПГА с цистеином	при установлении рецидива брюшного тифа или острого бактерионосительства больные вновь госпитализируются и им проводится лечение
Хронические носители брюшного тифа и паратифа А и В	на протяжении и пребывания в учреждении	1 раз в год	терапевт	двукратно бактериологическое исследование мочи и кала с интервалом 1-2 дня	при постоянном длительном выделении возбудителя во внешнюю среду проводится лечение в соответствии со схемой лечения

Вирусный гепатит А	3 месяца	1 раз в месяц (чаще по состоянию здоровья)	инфекционист (терапевт)	биохимические тесты, серологические показатели	
Вирусный гепатит В	6 - 12 месяцев	1 раз в месяц	инфекционист	биохимические тесты, НВ-антиген 1 раз в квартал	при постоянном выделении НВ-антигена необходимо строго соблюдать правила профилактики парентеральных заражений (индивидуальный инструментарий)
Носители НВ-антигена	на протяжении и пребывания в учреждении	1 раз в квартал	инфекционист	биохимические тесты, НВ-антиген 1 раз в квартал	тоже

Приложение 7

к Правилам оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

Справка о состоянии здоровья

Фамилия, имя, отчество _____

Г.р. _____

Отряд _____

Диагноз: _____

содержаться в помещении ШИЗО (ПКТ, СУС) _____

может, не может

« ____ » _____ 20 ____ года

Приложение 8

к Правилам оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

Журнал предварительной записи на прием к врачу

Срок хранения - 1 год

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Отряд, камера	Дата	Врач-специалист	Отметка о приеме	Роспись начальника отряда
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 9

к Правилам оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

Журнал оказания медицинской помощи в помещениях ШИЗО (ПКТ, СУС)

Срок хранения - 5 лет

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Камера	Дата и время	Жалобы	Диагноз	Назначение врача (фельдшера)	Полученное лечебное назначение	Консультация специалиста	Оказание первой доврачебной мед. помощи
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 10

к Правилам оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

Журнал проведения врачебно-консультативной комиссии (ВКК)

Срок хранения - 5 лет

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Отряд	Дата проведения ВКК	Диагноз ВКК	Решение ВКК	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 11

к Правилам оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по

приговору суда в местах лишения свободы,
помещенным в специальные учреждения

Справка ВВК о состоянии здоровья

Фамилия, имя, отчество _____

Г.р. _____

Отряд _____

Диагноз: _____

Заключение о трудоспособности _____

(трудоспособен, нетрудоспособен)

Направление в колонию-поселение _____

(может, не может)

« ____ » _____ 20 ____ года

(фамилия, имя, отчество медработника, выдавшего справку)

П р и л о ж е н и е 1 2

к Правилам оказания медицинской помощи
гражданам, свобода которых ограничена,
а также отбывающим наказание по
приговору суда в местах лишения свободы,
помещенным в специальные учреждения

Журнал

вывозов в медицинские организации местного органа государственного управления здравоохранением

Срок хранения - 3 года

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Отряд	Дата и время вывоза	Предварительный диагноз ВВК	Заключительный диагноз	Оказанная медицинская помощь	Госпитализация (отделение)	Дата и время возврата в учреждение	примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

П р и л о ж е н и е 1 3

к Правилам оказания медицинской помощи
гражданам, свобода которых ограничена,
а также отбывающим наказание по
приговору суда в местах лишения свободы,
помещенным в специальные учреждения

Журнал регистрации смертных случаев

Срок хранения - 25 лет

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Отр	Дата и время смерти	Место смерти	Предварительная причина смерти	Клинический диагноз	№ КУЗ	Судебно-медицинский диагноз	Результат служебного расследования по факту смерти (постановление об отказе в возбуждении уголовного дела)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

П р и л о ж е н и е 1 4

к Правилам оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

Форма

Заместителю

председателя

К о м и т е т а

У И С

З в а н и е

Ф.И.О _____

Запрос на наряд

Прошу Вас направить на стационарное лечение в лечебно-профилактическое учреждение _____ осужденного Ф.И.О. _____ год рождения, статья, срок.

Приложение: на _____ листах.

Начальник Департамента _____

з в а н и е
Ф . И . О .

Подпись

И с п

Ф . И . О .

Тел.

П р и л о ж е н и е 1 5

к Правилам оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена,

а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

Образец

Выписной эпикриз при направлении на стационарное лечение

Осужденный _____
(фамилия, имя, отчество)

Год рождения _____

Кем и когда осужден (а) _____

Статья УК РК _____ Срок _____

Н а ч а л о с р о к а _____ К о н е ц

_____ срока _____

Личное дело № _____

I. ЖАЛОБЫ

II. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

III. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

IV. ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС

Данные физикальных методов исследований (по системам и органам)

1. Общий осмотр больного
2. Исследование системы органов дыхания
3. Исследование системы органов кровообращения
4. Исследование органов пищеварения
5. Исследование системы мочеотделения
6. Исследование нервной системы

V. ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

Консультации специалистов, данные лабораторных, рентгенологических и других исследований (в динамике)

