



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав ЧР)**

ПРИКАЗ

г. Грозный

«01» июля 2020 г.

№ 143

ГО внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 11.03.2016 г. №78 «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в приказ Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 11.03.2016 г. №78 «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства» следующего содержания:

1.1. Пункт 3 приказа дополнить подпунктом 3.3.: «форму бланка «Заключение лабораторных исследований на COVID-19 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот (приложение №4).»;

1.2. Пункт 2.2.: выдачу сертификата и медицинского заключения (включая медицинское освидетельствование) в срок, не превышающий 5 рабочих дней со дня обращения иностранного гражданина или лица без гражданства по форме №001-ИЗ с изменениями в пункте 10, внесенные приказом Минздрава РФ от 15.06.2020 г. № 581 «О внесении изменений в приказ Минздрава РФ от 29 июня 2015 г. №384н «Об утверждении перечня инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также порядка подтверждения их наличия или отсутствия, а также формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний»»;

1.3. Приложение № 3 к приказу дополнить пунктом COVID-19.

2. ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Чеченской Республики» довести данный приказ до сведения ответственных лиц.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики А.А. Гадаева.

Министр

Э.А. Сулейманов

Сведения, о выявленных инфекционных заболеваниях,
представляющих опасность для окружающих, в том числе
заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека

Наименование заболевания	Всего обследовано (абс. число)	Выявлено случаев (абс. число)	Госпитализировано	Сообщено о кол-ве случаев в Управление Роспотребнадзора по ЧР	Депортировано
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита					
Лепра					1
Туберкулез					
Инфекции, передающиеся половым путем (сифилис)					
другие инфекционные заболевания по нозологиям, в случае выявления					
COVID-19					

Наименование ответственной медицинской
организации:
ГБУ «РКВД»
Адрес: ЧР. г. Грозный, ул. Исмаилова 15.
Лицензия: 95-01-000 198 от 08.02.13г.

Код формы по ОКПД _____
Код учреждения по ОКПО 49480359
Медицинская документация
Форма N 001-ИЗ

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации "29" июня 2015 г. N 384н

**Медицинское заключение № _____
о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний,
представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием
для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения
на временное проживание иностранных граждан и лиц
без гражданства, или вида на жительство, или патента,
или разрешения на работу в Российской Федерации**

от " ____ " _____ 2020 г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

2. Дата рождения: число ____ месяц _____ год _____; место рождения _____

3. Пол (мужской/женский) _____

4. Документ, удостоверяющий личность _____

(№, серия, дата и место выдачи)

5. Место жительства (место пребывания, место фактического проживания)

(нужное подчеркнуть)

Субъект Российской Федерации _____ район _____

город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____

6. Страна постоянного (преимущественного) проживания _____

7. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации _____

8. Заключение _____

(наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний)

Врач-фтизиатр _____

Подпись

Ф.И.О

" ____ " _____ 2020 г.

(дата освидетельствования)

М.П.

Уполномоченное лицо медицинской организации _____

Подпись

Ф.И.О.

" ____ " _____ 2020 г.

(дата)

9. Заключение _____
(наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний)

Врач-дерматовенеролог _____
Подпись

Элиханов Р.Д.
Ф.И.О.

" ____ " _____ 2020 г.
(дата освидетельствования)
М.П.

Уполномоченное лицо медицинской организации _____ Элиханов Р.Д.

Подпись Ф.И.О.

" ____ " _____ 2020 г.
(дата)
М.П.

10. Заключение _____
(наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний, код заболевания по МКБ-10*)

Врач-инфекционист _____
Подпись

Успаева Х. З.
Ф.И.О.

" ____ " _____ 2020 г.
(дата освидетельствования)
М.П.

Уполномоченное лицо медицинской организации _____ Успаева Х. З.
Подпись Ф.И.О.

" ____ " _____ 2020 г.
(дата)
М.П.

11. Медицинское заключение:

Выявлено наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации (нужное подчеркнуть).

Уполномоченное лицо ответственной медицинской организации _____
Ганатов С. Г.

(Ф.И.О.)

" ____ " _____ 2020 г.
(дата)

(подпись)
М.П.