

"Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы есепке алу мен есеп құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2024 жылғы 20 маусымдағы № 24 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2024 жылғы 24 маусымда № 34556 болып тіркелді

БҰЙЫРАМЫН:

1. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы №ҚР ДСМ-84 "Қазақстан Республикасының халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы есепке алу мен есеп құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" бұйрығына (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 24082 болып тіркелген) мынадай өзгерістер және толықтырулар енгізілсін:

Көрсетілген бұйрықтың кіріспесі мынадай редакцияда жазылсын:

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 7 бабының 31 тармақшасына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**";

1-тармақта:

1) тармақтың 12) тармақшасы мынадай редакцияда жазылсын:

"12) осы бұйрыққа 12-қосымшаға сәйкес иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс жағдайын тергеп-тексеру нәтижелері туралы актісінің нысаны;"

мынадай мазмұндағы 12-1), 12-2), 12-3), 12-4), 12-5), 12-6) тармақшалармен толықтырылсын:

"12-1) осы бұйрыққа 12-1-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру тағайындау туралы актісінің нысаны;

12-2) осы бұйрыққа 12-2-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру мерзімін ұзарту туралы актісінің нысаны;

12-3) осы бұйрыққа 12-3-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері туралы актісінің нысаны;

12-4) осы бұйрыққа 12-4-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы актісінің нысаны;

12-5) осы бұйрыққа 12-5-қосымшаға сәйкес өнімді (тауарды) сатып алу актісінің нысаны;

12-6) осы бұйрыққа 12-6-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері туралы актісінің нысаны;"

92) тармақша мынадай редакцияда жазылсын:

"92) осы бұйрыққа 92-қосымшаға сәйкес адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;"

94) тармақша мынадай редакцияда жазылсын:

"94) осы бұйрыққа 94-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;"

94-1 тармақша алып тасталсын;

96), 97) тармақшалары мынадай редакцияда жазылсын:

"96) осы бұйрыққа 96-қосымшаға сәйкес уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

97) осы бұйрыққа 97-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;"

мынадай мазмұндағы 97-1) және 97-2) тармақшалармен толықтырылсын:

"97-1) осы бұйрыққа 97-1-қосымшаға сәйкес Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімді (тауарды) алып қою және өткізуден кері қайтарып алу туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

97-2) осы бұйрыққа 97-2-қосымшаға сәйкес адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;"

98-1 тармақша алып тасталсын;

99), 100) тармақшалары мынадай редакцияда жазылсын:

"99) осы бұйрыққа 99-қосымшаға сәйкес уақытша санитариялық шараларды енгізу жөніндегі Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

100) осы бұйрыққа 100-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;"

102), 103) тармақшалары мынадай редакцияда жазылсын:

"102) осы бұйрыққа 102-қосымшаға сәйкес адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

103) осы бұйрыққа 103-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;"

мынадай мазмұндағы 103-1), 103-2) тармақшаларымен толықтырылсын:

"103-1) осы бұйрыққа 103-1-қосымшаға сәйкес Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімді (тауарларды) өткізуден алып қою және кері қайтарып алу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

103-2) осы бұйрыққа 103-2-қосымшаға сәйкес адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;"

мынадай мазмұндағы 273-1) тармақшасымен толықтырылсын:

"273-1) осы бұйрыққа 273-1-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексерулерді есепке алу журналының нысаны;"

көрсетілген бұйрыққа 12), 92), 94), 96), 97), 99), 100), 102), 103) қосымшалар осы бұйрыққа 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9) қосымшаларға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын ;

көрсетілген бұйрыққа 12-1), 12-2), 12-3), 12-4), 12-5), 12-6), 97-1), 97-2), 103-1), 103-2), 273-1) қосымшалар осы бұйрыққа 10), 11), 12), 13), 14), 15), 16), 17), 18), 19), 20) қосымшаларға сәйкес толықтырылсын;

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау комитеті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен қамтамасыз етсін:

1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуін;

2) осы бұйрықты ресми жарияланғаннан кейін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрық мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі

А. Альназарова

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2024 жылғы 20 маусымдағы
№ 24 бұйрығына
1-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-қосымша

Приложение 12 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 012/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного	Медицинская документация Форма № 012/у Утверждена приказом Министра

о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

здравоохранения Республики
Казахстан от
" ____ " _____ 2021 года № ____

№ ____

" ____ " _____ (жыл) года уақыты (время) Елді мекен (Населенный пункт): _____

Имм
унда
удан
кейі
нгі
қола
йсы
з
көрі
ніс
жағ
дай
ын
терг
еп-т
ексе
ру
нәти
жел
ері
тура
лы
акті
Акт
о
рез
уль
тата
х
рас
сле
дов
ани
я
слу
чая
неб
лаг
опр
ият
ног
о
про
явл
ени
я
пос

ле
им
мун
иза
ции

(Иммундаудан кейінгі ауыр жанама көріністер үшін – өлім/ мүгедектік/ емдеуге жатқызу / топтық жағдайлар) (Только для серьезных побочных проявлений после иммунизации – смерть/ инвалидность/ госпитализация/ групповые случаи)

1 БӨЛІМ Негізгі ақпарат
РАЗДЕЛ 1 Базовая информация

Өңір / облыс Аудан Иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс жағдайының сәйкестендіру №
Регион/область Район Идентификационный № случая неблагоприятного проявления после иммунизации

Вакцинация орны (



):

Мемлекеттік емдеу алдын-алу мекеме

Жеке емдеу алдын-алу мекеме

Басқа (көрсетіңіз) _____

Место вакцинации (



):

Государственное лечебно профилактическое учреждение

Частное лечебно профилактическое учреждение

Другое (укажите) _____

Вакцинация орны (



):

Компания

Жоспарлы

Басқа (көрсетіңіз) _____

Вакцинация (



):

Кампания

Плановая

Другое (укажите) _____

Вакцинация жүргізілетін жердің мекенжайы:

Адрес места проведения вакцинации:

Есепті жасаған тұлғаның тегі, аты,
әкесінің аты (бар болса):
фамилия, имя, отчество (при наличии)
лица, составившего отчет:

Тергеп-тексеру күні: ___ / ___ / _____

Дата расследования: ___ / ___ / _____

Нысанды толтыру күні: ___ / ___ / _____

Дата заполнения формы: ___ / ___ / _____

Лауазымы:
Должность:

Бұл есеп:

Этот отчет:

Алғашқы
первичный

Аралық
промежуточный

соңғы
окончательный

Тел. (стационарлық) (коды бар): Ұялы тел.:

e-mail:

Тел. (стационарный) (с кодом): Моб. тел.:

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Жынысы (пол):

Е (М)

Ә (Ж)

фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента

(кластердегі әрбір жағдай үшін жеке нысандарды толтырыңыз) (заполните отдельные формы на каждый случай в кластере)

Туған күні (КК/АА/ЖЖЖЖ): ___ / ___ / _____

Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ): ___ / ___ / _____

Немесе иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс дамуындағы жасы: _____ жыл ___ ай ___ күн немесе

ИЛИ возраст при развитии неблагоприятного проявления после иммунизации: ___ лет ___ месяцев ___

___ дней ИЛИ

жас тобы:

< 1 жас

1-5 жас

> 5 жас

возрастная группа:

< 1 года

15 лет

> 5 лет

Барлық деректерді (көше, үй нөмірі, елді мекеннің атауы, телефон нөмірі және т. б.) дәл көрсете отырып, пациенттің толық тұрғылықты мекен-жайы:

Полный адрес проживания пациента с точным указанием всех данных (улица, номер дома, название населенного пункта, номер тел. и т.д.):

Пациент к е енгізілге н вакцинал ардың/ вакцинал арды сұйылту ғ а арналған сұйылтқ ыштард ы н атаулары Названи я вакцин / раствори телей д л я разведен и я вакцин, введенн ы х пациенту	Вакцинация күні Д а т а вакцинации	Вакцинация уақыты В р е м я вакцинации	Дозасы (мысалы., 1 - ші, 2-ші және т. б.) Доза (напр., 1-я, 2-я и т.д.)	Серия/партия нөмірі Номер серии/ партии	Жарамдылық мерзімі Срок годности
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина

				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель

Егу пунктiнiң түрi (



)

Стационарлық

Мобильдi

Көшпелi

Басқа _____

Тип прививочного пункта (



)

Стационарный

Мобильный

Выездной

Другое _____

Бiрiншi / негiзгi симптомның даму күнi (күнi, айы, жыл): ___ / ___ / _____ Уақыт (сағат / минут) _
___ / ___

Дата развития первого/основного симптома (день, месяц, год): ___ / ___ / _____ Время (час/
минут) ___ / ___

Емдеуге жатқызу күнi (күнi, айы, жыл): ___ / ___ / _____

Дата госпитализации (день, месяц, год): ___ / ___ / _____

Денсаулық сақтауды басқару органдарының алғашқы хабарлау күнi (күнi, айы, жыл): ___ / ___ / ___

Дата первичного извещения органов управления здравоохранением (день, месяц, год): ___ / ___ / ___

Тергеп-тексеру күнiндегi жағдай (



):

Қайтыс болды

Мүгедектік

Қалпына келтіру процесі

Состояние на дату расследования Умер Инвалидность Процесс выздоровления

Толық қалпына келтіру

Белгісіз

Полное выздоровление Неизвестно

Егер қайтыс болса, қайтыс болған күні мен уақыты (күні, айы, жыл): ____ / ____ / _____ (сағат / минут): ____ / ____

Если умер, дата и время смерти (день, месяц, год): ____ / ____ / _____ (час/время): ____ / ____

Патологиялық зерттеу жүргізілді ме? (



) Иә (Да) күні (дата) _____

Жоқ (Нет)

Проводилось патологоанатомическое исследование

Жоспарланған (Запланировано на) күні (дата) ____ уақыты (время) ____

Қорытындыны қоса беріңіз (бар болса)

Приложите заключение (если имеется)

2 БӨЛІМ Алдыңғы анамнезі (вакцинацияға дейін)

РАЗДЕЛ 2 Предшествующий анамнез (до вакцинации)

Өлшемшарттар/ Критерии	Нәтижесі/ Результат	Пікірлер (Егер солай болса, мәліметтерді көрсетіңіз)/ Комментарии (если да, укажите подробности)
Өткендегі ұқсас жағдайлар / Аналогичные события в прошлом	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Алдыңғы егуден кейінгі қолайсыз көрініс (-тер) / Неблагоприятное проявление после предыдущей(-их) прививки(-ок)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Анамнезінде вакцинаға, дәрі-дәрмектерге немесе өнімге аллергия бар/ Аллергия на вакцину, лекарство или продукт питания в анамнезе	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Алдыңғы 30 күндегі ауру / туа біткен патология/ Заболевание в предшествующие 30 дней/ врожденная патология	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Себебін көрсете отырып, алдыңғы 30 күнде емдеуге жатқызу/ Госпитализация в предшествующие 30 дней с указанием причины	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Пациент қазіргі уақытта басқа себеппен дәрі-дәрмек терапиясын алады ма?/ Пациент		

<p>получает лекарственную терапию в настоящее время по другой причине? (Егер солай болса, дәрі-дәрмектерді, оны қолдану көрсеткіштерін, дозалары мен емдеу мерзімдерін көрсетіңіз)(Если да, укажите ЛС, показания к его применению, дозы и сроки лечения)</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)</p>
<p>Кез-келген ауру (берілген иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініске қатысты) немесе аллергия отбасылық тарихта Любое заболевание (имеющее отношение к данному неблагоприятному проявлению после иммунизации) или аллергия в семейном анамнезе</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)</p>
<p>Ұрпақты болу жасындағы әйелдер үшін Для женщин детородного возраста Қазіргі уақытта жүктілік? Беременность в настоящее время? Иә (Да) мерзімі апта (срок в неделях) _____ _____ / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно) Қазіргі уақытта емшек емізу? Грудное вскармливание в настоящее время? Иә (Да)/ Жоқ (Нет)</p>	
<p>Емшектегі сәбилер үшін Для детей грудного возраста Туған <input type="checkbox"/> мерзімінде <input type="checkbox"/> мерзімінен бұрын <input type="checkbox"/> мерзімінен кейін <input type="checkbox"/> Туған кездегі дене салмағы: Родился в срок недоношенным переносенным Масса тела при рождении: Босану <input type="checkbox"/> калыпты <input type="checkbox"/> кесар тілігі <input type="checkbox"/> жәрдемақымен (қысқыштар, вакуум және т. б.) <input type="checkbox"/> асқынумен (көрсетіңіз) Роды нормальные кесарево сечение с пособием (щипцы, вакуум и т.д.) осложненные (укажите)</p>	
<p>С БӨЛІМІ Бірінші тексерудің нәтижелері ** иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс ауыр жағдайы РАЗДЕЛ С Результаты первого обследования ** серьезного случая неблагоприятного проявления после иммунизации</p>	
<p>Ақпарат көзі (<input checked="" type="checkbox"/>) барлық қажетті):</p>	

Тергеп- тексеру маманының тексеруі

Источник информации (все нужно): Осмотр специалистом по расследованию

Құжаттама

Ауызша аутопсия

Басқа _____ Документация Вербальная аутопсия Другое

Егер ауызша аутопсия болса-дереккөзді көрсетіңіз (Если вербальная аутопсия – укажите источник) _____

Бірінші тексерген адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) /пациентті емдеді:/ фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, который первым осматривал/лечил пациента: _____

Пациентті емдеуді жүргізетін басқа адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса):/ фамилия, имя, отчество (при наличии) других лиц, проводящих лечение пациента: _____

Ақпарат берген басқа көздер (көрсетіңіз):/Другие источники, предоставившие информацию (укажите): _____

Белгілері мен симптомдары хронологиялық тәртіпте, вакцинациядан бастап:/Признаки и симптомы в хронологическом порядке, начиная с момента вакцинации:

Осы клиникалық ақпаратты ұсынатын адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және байланыс ақпараты (фамилия, имя, отчество (при наличии) и контактная информация лица, предоставляющего эту клиническую информацию):

Лауазымы (Должность):

Күні / уақыты (Дата/время)

****Нұсқаулар – барлық қолда бар құжаттардың көшірмелерін (ауру тарихын, эпикризді, аралық қорытындыларды, зертханалық талдау нәтижелерін және патологиялық зерттеу нәтижелері бойынша қорытындыны қоса) қоса беріңіз, содан кейін осы құжаттарда қамтылмаған қосымша ақпаратты көрсетіңіз, яғни.:**

**** Инструкции – Приложите копии ВСЕХ имеющихся документов (включая историю болезни, выписной эпикриз, промежуточные заключения, результаты лабораторных анализов и заключение по результатам патологоанатомического исследования), а затем укажите дополнительную информацию, НЕ СОДЕРЖАЩУЮСЯ в этих документах, т.е.:**

Егер пациент медициналық көмек алған болса, барлық қолда бар құжаттардың көшірмелерін (ауру тарихын, эпикризді, зертханалық талдаулардың нәтижелерін және егер бар болса, патологиялық-анатомиялық зерттеу нәтижелері бойынша қорытындыны қоса) қоса беріңіз және төменде қоса берілген құжаттарда жоқ ақпаратты ғана жазыңыз. Если пациент получал медицинскую помощь приложите копии всех имеющихся документов (включая историю болезни, выписной эпикриз, результаты лабораторных анализов и заключение по результатам патологоанатомического исследования, если имеются) и запишите ниже только ту информацию, которая не содержится в прилагаемых документах

Егер пациент медициналық көмек алмаған болса-анамнез жинаңыз, пациентті тексеріп, нәтижелерін төменде жазыңыз (қажет болса, қосымша парақтарды қолданыңыз). Если пациент не получал

еу жур нал ын тірк еңіз (При лож ите жур нал рег ист рац ии, есл и дос туп ен)	введенн ых доз									
---	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Пациентке вакцинация қашан жүргізілді? -

 БАРЛЫҚ сұрақтар үшін қажет нәрсені белгілеңіз
 Когда проводилась вакцинация пациента? отметьте нужное для ВСЕХ вопросов

Сессия шеңберіндегі алғашқы вакцинациялардың бірі

 Сессия шеңберіндегі соңғы вакцинациялардың бірі

 Белгісіз
 Одна из первых прививок в рамках сессии Одна из последних прививок в рамках сессии Неизвестно

Егер көп дозалы құтылар қолданылса, пациент оны алды ма/ Если использовались многодозовые флаконы , получил ли пациент

 одну из первых доз из флакона?

 одну из последних доз из флакона?

 Неизвестно
 құтыдағы алғашқы дозалардың бірін? құтыдағы соңғы дозалардың бірін? Белгісіз

2. осы вакцинаны тағайындау кезінде немесе қолдану жөніндегі ұсыныстарды сақтамау түрінде қате байқалды ма? Наблюдалась ли ошибка при назначении или в виде несоблюдения рекомендаций по применению этой вакцины?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)

<p>3. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша Сіз енгізілген вакцина (оның ингредиенттері) стерильді емес болуы мүмкін деп ойлайсыз ба?</p> <p>По результатам расследования считаете ли вы, что введенная вакцина (ее ингредиенты) могли быть нестерильными?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>4. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинаның физикалық жағдайы (мысалы., түс, лайлану, бөгде қоспалар және т. б.) енгізу кезінде сәйкес келмеді ме?</p> <p>По результатам расследования считаете ли вы, что физическое состояние вакцины (напр., цвет, мутность, инородные примеси и т.д.) было несоответствующим во время введения?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>5. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцина тор вакцинаны сұйылту/ дайындау кезінде қате жіберді деп ойлайсыз ба (мысалы., дұрыс емес препарат, сұйылтқыштың дұрыс еместігі, дұрыс араластырмау, шприцті дұрыс толтырмау және т. б.)?</p> <p>По результатам расследования считаете ли вы, что вакцином допущена ошибка при разведении/ подготовке вакцины (напр., неверный препарат, неверный растворитель, неправильное смешивание, неправильное заполнение шприца и т.д.)?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>6. терге-птексеру нәтижелері бойынша вакцинамен жұмыс істеу кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы., тасымалдау, сақтау және/немесе егу сессиясы барысында және т. б. суық тізбек жағдайларын бұзу)?</p> <p>По результатам расследования считаете ли вы, что допущена ошибка при обращении с вакциной (напр., нарушение условий холодовой цепи при транспортировке, хранении и/или в ходе прививочной сессии и т.д.)?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>7. терге-тексеру нәтижелері бойынша вакцина дұрыс қолданылмаған деп ойлайсыз ба (мысалы., дұрыс емес доза, дұрыс емес орын немесе енгізу тәсілінің дұрыс еместігі, иненің дұрыс емес мөлшері, инъекцияның тиісті тәжірибесін сақтамау және т. б.)?</p> <p>По результатам расследования считаете ли вы, что вакцина была применена неправильно (напр., неверная доза, неправильное место или способ введения, неверный размер иглы, несоблюдение надлежащей практики инъекций и т.д.)?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>8. Зардап шегушімен бірдей құтыдан/ампуладан вакцина енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым была введена вакцина из того же флакона/ампулы, что и пострадавшему</p>	
<p>9. Қаралып отырған вакцина сол егу сессиясы кезінде енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым рассматриваемая вакцина была введена во время той же прививочной сессии</p>	
<p>10. Басқа мекемелерде бірдей партия/серия нөмірі бар вакцинаны енгізген адамдардың саны. Осы мекемелерді көрсетіңіз: _____</p> <p>Число лиц, которым в других учреждениях была введена рассматриваемая вакцина с тем же номером партии/серии. Укажите эти учреждения: _____</p>	
<p>11. Бұл жағдай кластерге қатысты ма? Относится ли этот случай к кластеру случаев?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно</p>
<p>12. Олай болса, кластерде тағы қанша жағдай анықталды? Если да, сколько других случаев выявлено в кластере?</p>	
<p>1) Кластердегі барлық зардап шеккендерге бір құтыдағы вакцина егілді ме? Были ли все пострадавшие в кластере привиты вакциной из одного и того же флакона?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно</p>
<p>2) Егер жоқ болса, зардап шеккендерді вакцинациялау үшін пайдаланылған құтылардың санын көрсетіңіз (толық ақпаратты бөлек көрсетіңіз) Если нет, то укажите число флаконов, которые использовались для вакцинации пострадавших (подробную информацию укажите отдельно)</p>	

Осы жауаптар бойынша түсіндірмелерді жеке парақтарда ұсынды ұмытпаңыз

Обязательно представьте разъяснения по этим ответам на отдельных листах

<p>4 БӨЛІМ Қарастырылып отырған вакцина қолданылған мекемеде (мекемелерде) иммундау практикасы</p> <p>РАЗДЕЛ 4 Практика иммунизации в учреждении(-ях), где применялась рассматриваемая вакцина (Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде процедураларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз)</p> <p>(Заполните этот раздел по результатам распросов и/или наблюдений за процедурами на практике)</p>											
<p>Қолданылатын шприцтер мен инелер: Используемые шприцы и иглы:</p>											
<p>Вакцинация үшін өздігінен блокталатын (ӨБ) шприцтер қолданылады ма? Используются ли для вакцинации самоблокирующиеся (СБ) шприцы?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно</p>										
<p>Олай болмаса, шприцтердің қандай түрлері қолданылатынын көрсетіңіз: Если нет, укажите, какие применяются типы шприцев:</p>											
<p><input type="checkbox"/></p> <p>Шыны</p>											
<p><input type="checkbox"/></p> <p>Бір реттік</p>											
<p><input type="checkbox"/></p> <p>Бір рет қолданылатын, бірақ қайта қолданылатын</p>											
<p><input type="checkbox"/></p> <p>Басқа ____</p> <p>Стеклянные Одноразовые Одноразовые, но применяемые повторно Другое ____</p>											
<p>Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:</p>											
<p>Вакцинаны сұйылту (қалпына келтіру): (егер қажет болса ғана толтырылады, егер қолданылмаса, қажет емес белгісін қойыңыз)</p> <p>Разведение (восстановление) вакцины: (заполняется только если применимо, , отметьте не применимо, если не применимо)</p>											
<p>Вакцинаны сұйылту (қалпына келтіру) процедурасы ()</p> <p>Процедура разведения (восстановления) вакцины</p> <p>Бір шприц бір вакцинаның бірнеше құтысын сұйылту үшін қолданылады ма?</p> <p>Используется ли один и тот же шприц для разведения нескольких флаконов одной и той же вакцины?</p> <p>Бір шприц әртүрлі вакциналарды сұйылту үшін қолданылады ма?</p> <p>Используется ли один и тот же шприц для</p>	<p align="center">Мәртебесі (Статус)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Иә (Да)</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Жоқ (Нет)</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Қажет емес (Нн применимо)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Иә (Да)</td> <td style="padding: 5px;">Жоқ (Нет)</td> <td style="padding: 5px;">Қажет емес (Нн применимо)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Иә (Да)</td> <td style="padding: 5px;">Жоқ (Нет)</td> <td style="padding: 5px;">Қажет емес (Нн применимо)</td> </tr> </table>		Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)									
Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)									
Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)									

<p>разведения разных вакцин? Әрбір вакцина құтысын сұйылту үшін бөлек шприц қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для разведения каждого флакона с вакциной? Әр егу кезінде бөлек шприц сұйылту үшін қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для разведения при каждой прививке?</p>	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
<p>Өндіруші тек вакциналар мен сұйылтқыштарды қолдана ма? Используются ли только вакцины и растворители рекомендованы производителем?</p>	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
<p>Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:</p>			
<p>5 БӨЛІМ Салқындату тізбегі және тасымалдау РАЗДЕЛ 5 Холодовая цепь и транспортировка (Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде процедураларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз) (Заполните этот раздел по результатам распросов и/или наблюдения за процедурами на практике)</p>			
<p>Вакцинаның соңғы сақтау орны: Последний пункт хранения вакцины:</p>			
<p>Вакциналарды сақтау үшін тоназытқыштағы температураны бақылау жүргізіле ме? Осуществляется ли мониторинг температуры в холодильнике для хранения вакцин?</p>		Иә (Да) / Жоқ (Нет)	
<p>егер иә болса, вакцинаны тоназытқышқа салғаннан кейін +2мл+8° С шегінен асатын температурада қандай да бір ауытқулар байқалды ма? Если да, отмечались ли какие-либо отклонения в температуре, выходящие за пределы +2+8° С, после помещения вакцины в холодильник?</p>		Иә (Да) / Жоқ (Нет)	
<p>егер иә болса, температура режимін бақылау нәтижелерін қосыңыз. Если да, приложите результаты мониторинга температурного режима.</p>			
<p>Вакциналарды, еріткіштерді және шприцтерді сақтаудың тиісті процедуралары орындалды ма? Соблюдались ли надлежащие процедуры хранения вакцин, растворителей и шприцев?</p>		Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно	
<p>Тоназытқышта немесе мұздатқышта басқа препараттар / өнімдер сақталады ма (RPI вакциналары мен вакцина еріткіштерінен басқа)? Хранятся ли в холодильнике или морозильнике другие препараты/товары (отличные от вакцин РПИ и растворителей для вакцин)?</p>		Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно	

Тоңазытқышта жартылай пайдаланылған қалпына келтірілген вакциналар анықталды ма? Обнаружены ли в холодильнике частично использованные восстановленные вакцины?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
Тоңазытқышта қолдануға жарамсыз вакциналар анықталды ма (жарамдылық мерзімі өтіп кеткен, таңбаланбаған, 3 немесе 4 сатыдағы құтыдағы термоиндикатор, мұздатылған?) Обнаружены ли в холодильнике какие-либо вакцины, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, без маркировки, флаконный термоиндикатор на стадиях 3 или 4, замороженные?)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
Қоймада қолдануға жарамсыз вакцинасұйылтқыштары анықталды ма (жарамдылық мерзімі өткен, дұрыс өндірушіге сәйкес келмейтін, жарылған ампулаларда, ластанған ампулаларда)? Обнаружены ли на складе какие-либо растворители для вакцин, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, не соответствующие нужному производителю, в треснутых ампулах, загрязненных ампулах)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:	
Вакцины тасымалдау: Транспортировка вакцины:	
Вакцины тасымалдау үшін қолданылатын тоңазытқыш сөмкесінің типі Тип сумки-холодильника, который применялся для транспортировки вакцины	
Вакцинация жүргізілген күні тоңазытқыш сөмкесі егу пунктіне жіберілді ме? Была ли сумка-холодильник отправлена на прививочный пункт в тот день, когда проводилась вакцинация?	Да / Нет / Неизвестно
Вакцинация жасалған күні егу пунктінен тоңазытқыш сөмке қайтарылды ма? Была ли сумка-холодильник возвращена из прививочного пункта в тот день, когда проводилась вакцинация?	Да / Нет / Неизвестно
Дайындалған (кондиционерленген) салқиндату элементтері қолданылды ма? Использовались ли подготовленные (кондиционированные) хладоэлементы?	Да / Нет / Неизвестно
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:	
6 Бөлім Жергілікті қоғамдастық деңгейіндегі тергеп-тексеру (елді мекенге бару және ата-аналардан/басқалардан сұрау) Раздел 6 Расследование на уровне местного сообщества (просьба посетить населенный пункт и опросить родителей/других лиц)	
Сол елді мекенде жәбірленуші имундаудан кейінгі қолайсыз көрініс дамыған уақытқа ұқсас уақыт аралығында қандай да бір ұқсас оқиғалар туралы хабарланды ма? Сообщалось ли в том же населенном пункте о каких-либо аналогичных событиях в течение периода времени, аналогичного тому, когда у пострадавшего развилось неблагоприятное проявление после иммунизации? Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно) Олай болса, ақпарат беріңіз: Если да, представьте информацию:	
Олай болса, мұндай оқиғалар/эпизодтар қанша? Если да, сколько таких событий/эпизодов?	
Зардап шеккендердің саны қанша Сколько из пострадавших	

Вакцинацияланған/вакцинированы: _____
Вакцинацияланбаған/ не вакцинированы: _____
Деректер жок/ нет данных: _____
Қосымша пікірлер/Дополнительные комментарии:
7 БӨЛІМ Басқа нәтижелер / бақылаулар / пікірлер
РАЗДЕЛ 7 Другие полученные данные/наблюдения/комментарии

бұйрығына
2-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
92-қосымша

Приложение 92 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 092/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

Жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану Бас мемлекеттік санитариялық санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы № _____

" _____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

Өкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру және (немесе) нәтижелерінің материалдарын қарап (бар болса) (Рассмотрев материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии)) _____

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

_____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналар анықталды (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й)) _____

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық- эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық

актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВИЛ):

жұмыстан уақытша шеттетуге (временно отстранить от работы с) 20__ жылғы (года) " __ " _____ бастап, (до) 20__ жылғы (года) " __ " _____ ға дейін _____

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на): _____

(бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор):

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар (Указания по устранению выявленных нарушений): _____

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

(представить к) " __ " _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен,

электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

_____ лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

_____ қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) қаулы алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс (Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
--	--------------------------	------------

Қаулы _____ данада жасалды.

Постановление составлено в _____ экземплярах.

бұйрығына
3-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
94-қосымша

Приложение 94 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "____" "____" № _____ бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года № _____ _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий) № _____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап шығу (рассмотрев представленные материалы и сведения): _____

қызметі тоқтатыла тұрған тұлға туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (қажетінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность приостанавливается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть))

жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні (№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации)

Туған күні (Дата рождения) _____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер (сведения о регистрации по месту жительства)

Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы (Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо) _____

басшының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя, наименование, организационно-правовая форма)

заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі (номер государственной регистрации в качестве юридического лица)

Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері (Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты)

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды және (немесе) нәтижелерінің жүзеге асыру материалдары (бар болса) (материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии)) _____

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықталды (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") ПОСТАНОВИЛ):

(ПРИОСТАНОВИТЬ с) 20___ жылғы (года) "___" _____ бастап, (до) 20___ жылғы (года) "___" _____ ға дейін ТОҚТАТЫЛСЫН.

___ Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша тоқтатылатын қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) көрсету (указать вид приостанавливаемой деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельные ее виды (процессов, действия))

Осы қаулының орындалғаны үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на): _____

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар (Указания по устранению выявленных нарушений): _____

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

(представить к) " ____ " _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс (Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-

эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в с ф е р е санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
---	--------------------------	------------

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

бұйрығына
4-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
96-қосымша

Приложение 96 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№ _____ бұйрығымен бекітілген № 096/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 096/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

**Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің
ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача Республики
Казахстан о введении временных санитарных мер**

№ _____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач Республики Казахстан административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля)

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері, тиісті халықаралық ұйымдардан, Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерден немесе үшінші елдерден мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау мен қадағалаудың бақылауындағы Еуразиялық экономикалық одақтың кедендік аумағына әкелінуіне және адам өмірі, денсаулығы және оның мекендеу ортасы үшін қауіпті өнімнің (тауарлардың) айналымына жол бермеу жөніндегі қолданылатын санитариялық шаралар туралы ақпарат және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы, информация от соответствующих международных организаций, государств – членов Евразийского экономического союза или третьих стран о применяемых санитарных мерах по недопущению ввоза на таможенную территорию Евразийского экономического союза и оборота опасной для жизни, здоровья человека и среды его обитания подконтрольной государственному санитарно-эпидемиологическому контролю и надзору продукции (товаров) и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____ бұзушылықтың (дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

_____ халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 15) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 5) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 15) пункта 1 статьи 38, подпункта 5) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ):

Техникалық регламенттердің және (немесе) Еуразиялық экономикалық одақтың бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес емес) өнімді (тауарды) әкелуге тыйым салынсын (запретить ввоз продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)

_____ өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасы коды, өзге де сәйкестендіру деректері (наименование продукции, производитель, код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности, иные идентификационные данные)

Сондай-ақ келесі іс-шараларды жүргізсін (а также осуществить следующие мероприятия): _____

_____ Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор): _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о введении временных санитарных мер) _____

(қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о введении временных санитарных мер подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері Главный государственный санитарный врач Республики Казахстан	Мөр орны Место печати	ТАӨ ФИО
---	--------------------------	------------

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

бұйрығына
5-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
97-қосымша

Приложение 97 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	--

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 097/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия) № _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

Өкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап (рассмотрев представленные материалы и сведения):

қызметіне тыйым салынған тұлға туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (керегінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность запрещается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть))

жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

_____ мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні № и дата выдачи свидетельства государственной регистрации

Туған күні (Дата рождения) _____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

_____ жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

_____ жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

_____ тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер (сведения о регистрации по месту жительства)

_____ (Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы) (Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо) _____

басшының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя, наименование, организационно-правовая форма)

_____ (заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі) (номер государственной регистрации в качестве юридического лица)

_____ (Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері) (Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты)

Мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля) _____

_____ (техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Мыналарды анықтады (установил, что в ходе) _____

бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____

бұзушылықтың анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан " О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ):

ТҮЙЙІМ САЛЫНСЫН (ЗАПРЕТИТЬ): _____

тыйым салынған қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) көрсету (указать вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

Рұқсат беру құжаттарының немесе қызметтің басталғаны туралы хабарламаның болмауына байланысты талаптардың бұзылуына қатысты жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулының қолданылу мерзімі – рұқсат беру құжатын алғанға дейін немесе қызметтің басталғаны туралы хабарлама жіберілгенге дейін, талаптардың өзге де бұзылуына қатысты – мерзімсіз (қажеттісінің астын сызу керек) (Срок действия постановления о применении меры оперативного реагирования в отношении нарушений требований, связанных с отсутствием разрешительных документов или уведомления о начале деятельности, – до получения разрешительного документа или направления уведомления о начале деятельности, в отношении иных нарушений требований – бессрочно (нужное подчеркнуть)).

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

_____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

представить к) " ____ " _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес))

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____ қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
--	--------------------------	------------

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

бұйрығына
6-қосымша
Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
99-қосымша

Приложение 99 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 099/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 099/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу жөніндегі Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

		Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-э			
--	--	---	--	--	--

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	пидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін сәйкес келмейтін) өнімнің тауардың атауы (Наименование продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)	Өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасының коды, өзге де сәйкестендіру деректері (Наименование продукции, производитель, код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности, и н ы е идентификационные данные)	Уақытша санитариялық шараны қолдану негізі (Основание применения временной санитарной меры	Қолданылу мәртебесі (Статус действия)
1	2	3	4	5	6

бұйрығына
7-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
100-қосымша

Приложение 100 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген № 100/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 100/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (объекта))	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) немесе оның жекелеген түрлерінің (процестер, әрекеттер) өндірісі, өнімі (тауары), қызметтер көрсетуі, жұмыстарын орындауы бойынша тыйым салынатын қызметтің түрі (Вид запрещаемой деятельности)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулының қолданылу мәртебесі (Статус действия постановления о применении	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица,

1	2	3	4	5	6	7
		объекта) контроля и надзора)	контроля и надзора)	производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия))	м е р ы оперативного реагирования)	оформившего постановления о применении м е р ы оперативного реагирования)

бұйрығына
8-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
102-қосымша
Приложение 102 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 102/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической		Медицинская документация Форма № 102/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от

**Адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы
Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении
меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы**

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Шеттетуге жататын тұлға анықталған бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора, в котором выявлено лицо, подлежащее отстранению)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, (орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (объекта) контроля и надзора)	Уақытша шеттетілген адамдардың тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) временно отстраненных лиц)	Жұмыстан шеттетілген адамды жұмысқа жіберу күні (Дата допуска к работе лица, отстраненного от работы)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6	7

бұйрығына
9-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
103-қосымша
Приложение 103 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген № 103/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 103/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен номері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта)	Өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, әрекеттер) тоқтата тұру түрі (Вид приостанавливаемой деятельности по производству,	Қаулының қолданылу мерзімі (Срок действия постановления)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного

		объекта) контроля и надзора)	реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)		лица, оформившего постановление о применении мер оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6

бұйрығына
10-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2024 жылғы _____
№ ҚР ДСМ-____ бұйрығына
2-қосымша

Приложение 2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от _____ 2024 года
№ ҚР ДСМ-____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-1-қосымша

Приложение 12-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ _____

Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 012-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 012-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _ _____ 2021 года № _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру тағайындау туралы акті Акт о назначении расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения № _____

" ____ " _____ жыл (года) уакыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

_____ (қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 45-1 бабына сәйкес (в соответствии со статьей 45-1 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения", на основании)

_____ Тергеп-тексерудің негізін көрсету: өтініш, ақпарат, шұғыл хабарлама, бақылау мақсатында сатып алу қорытындылары бойынша өнімді зерттеу нәтижелері, пайда болу, табу, бұзушылықтарды анықтау фактісі және т. б. (указать основание расследования: обращение, информация, экстренное извещение, результаты исследования продукции по итогам контрольного закупа, факт возникновения, обнаружения, выявления нарушения и др.)

1. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын бұзудың мән-жайлары мен себептеріне жан-жақты тергеп-тексеру жүргізу (провести всестороннее расследование обстоятельств и причин нарушения требований законодательства Республики Казахстан в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения) _____
_____ указать предмет расследования

2. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында тергеп-тексеру жүргізу үшін мынадай құрамда лауазымды адамдар не комиссия

мүшелері айқындалсын (определить должностных лиц либо членов Комиссии для проведения расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения в следующем составе):

3. Лауазымды адамдар не комиссия мүшелері (должностным лицам либо членам Комиссии):

1) Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын бұзуға жол берген адамдардың тобын, бақылау және қадағалау объектілерін (субъектілерін) айқындасын (определить круг лиц, объекты (субъекты) контроля и надзора, допустивших нарушения требований законодательства Республики Казахстан);

2) себеп-салдар байланысын бағаласын, талдасын және анықтасын (провести оценку, анализ и установление причинно-следственной связи);

3) халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы мен қоршаған ортаға төнетін қауіптердің алдын алу үшін санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шаралар өткізуді ұйымдастырсын (организовать проведение санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий для предотвращения угроз санитарно-эпидемиологическому благополучию населения и окружающей среде).

4. Тергеп-тексеру мынадай кезеңде жүргізілсін ___ жылғы "___" ___ бастап, ___ жылғы "___" ___ дейін (Расследование провести в период с "___" ___ года по "___" ___ года).

5. Осы акт барлық мүдделі тұлғалардың назарына жеткізілсін (Настоящий акт довести до сведения всех заинтересованных лиц).

6. Осы актінің орындалуын бақылауды өзіме қалдырамын (Контроль за исполнением настоящего акта оставляю за собой).

7. Осы акт қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді (Настоящий акт вступает в силу со дня подписания).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в с ф е р е санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
---	--------------------------	------------

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

бұйрығына
11-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-2-қосымша

Приложение 12-2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№ _____ бұйрығымен бекітілген № 012-2/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 012-2/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру мерзімін ұзарту туралы акті Акт о продлении сроков расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения № _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

_____ (қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 - бабы 2-тармағының 1) тармақшасына сәйкес (В соответствии с подпунктом 1) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения"):

1. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру мерзімдері ____ жыл " ____ " _____ дейін ұзартылсын (Продлить сроки расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения до " ____ " _____ года).

2. Осы акт барлық мүдделі тұлғалардың назарына жеткізілсін (Настоящий акт довести до сведения всех заинтересованных лиц).

3. Осы актінің орындалуын бақылауды өзіме қалдырамын (Контроль за выполнением настоящего акта оставляю за собой).

4. Осы акт қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді (Настоящий акт вступает в силу со дня подписания).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в с ф е р е санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
---	--------------------------	------------

Акт ____ данада жасалды.

Акт составлен в ____ экземплярах.

бұйрығына
 12-қосымша
 Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 12-3-қосымша
 Приложение 12-3 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 №ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды
--	---

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген № 012-3/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 012-3/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері туралы акті Акт о результатах расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения № _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері бойынша _____ жыл "___" _____ бастап, _____ жыл "___" _____ аралығында мыналар анықталды (По результатам расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведенного в период с "___" _____ года по "___" _____ года установлено следующее):

1. Адамның өміріне, денсаулығына, қоршаған ортаға зиян келтірген бақылау және қадағалау субъектісі/объектісі (Субъект/объект контроля и надзора причинившая (ий) вред жизни, здоровью человека, окружающей среде):

_____ адамның өміріне, денсаулығына, қоршаған ортаға зиян келтіру орны мен мекенжайы, ұйымның атауы, заңды тұлға немесе жеке кәсіпкер, ұйымдық-құқықтық нысаны (место и адрес причинения вреда жизни, здоровью человека, окружающей среде, название организации, юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, организационно-правовая форма)

2. Зардап шеккендер туралы мәліметтер (бар болса) (Сведения о пострадавших (при наличии)):

№	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Туған жылы (Год рождения)	Зардап шегушінің диагнозы (Диагноз пострадавшего)	Зиянның ауырлық дәрежесі (Степень тяжести причинения вреда)	Ескертпе (Примечание)

3. Ұйымның, объектінің, учаскенің, аумақтың, тергеп-тексеру орнының (қысқаша) сипаттамасы (Характеристика организации (кратко), объекта, участка, территории, места расследования): _____

_____ Бұл бөлімде басқа мәліметтермен қатар, мыналарды көрсету қажет: оқиғаға дейінгі объектінің, жабдықтың жұмыс режимі (ол болған кезде) (бекітілген, нақты, жобалық), оқиға алдындағы объектінің жай-күйі туралы қорытынды беру, осы объектіде бұрын осындай оқиғалар болған-болмағаны, олардың алдын алу жөніндегі іс-шаралар әзірленгені (қашан, кім және олар қалай орындағаны (В этом разделе, наряду с другими сведениями, необходимо указать: режим работы объекта (при его наличии), оборудования до инцидента (утвержденный, фактический, проектный), дать заключение о состоянии объекта перед инцидентом, были ли ранее на данном объекте аналогичные инциденты, разрабатывались ли мероприятия по их предупреждению (когда, кем и какие, как они выполнялись)

4. Тергеп-тексеру мәніне (оқиғаның) мән-жайлары (Обстоятельства предмета расследования (инцидента)): _____

—
—
5. Құжаттамамен танысып, тергеп-тексеру орнын қарап, түсіндірме, сараптама қорытындыларын зерттеп, тергеп-тексеру мәнінің куәгерлерінен және оған қатысы бар адамдардан сұрап, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы талаптардың бұзылуы мынадай себептерге байланысты екенін анықтады (Ознакомившись с документацией, осмотрев место расследования, изучив объяснительные, заключения экспертизы и опросив очевидцев предмета расследования и лиц, причастных к нему, установили, что нарушение требований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения обусловлен следующими причинами): _____

6. Орындау мерзімдерін көрсете отырып, салдарларды жою және олардың қайталануының алдын алу жөніндегі іс-шаралар (Мероприятия по ликвидации последствий и предупреждению их повторения с указанием сроков исполнения):

№	Іс-шараның атауы (Наименование мероприятия)	Орындау мерзімі (Срок исполнения)	Жауапты тұлға (Ответственное лицо)
---	---	--------------------------------------	--

7. Бұзушылықтарға жол берген заңды және жеке тұлғаларға қатысты жауапкершілік шаралары және оларды жазалаудың ұсынылған шаралары (Меры ответственности в отношении юридических и физических лиц, допустивших нарушения и предложенные меры их наказания): _____

8. Басқа ақпарат (Иная информация): _____

9. Қоса беріліп отырған материалдардың тізбесі (Перечень прилагаемых материалов): _____

10. Ерекше пікір (бар болса) _____ парақта (Особое мнение (при наличии) на _____ листах).

11. Тергеп-тексеру жүргізген адамдардың қолдары (Подписи лиц, проводивших расследование): _____

КОЛЫ
, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы (подпись, фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность)

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

бұйрығына
13-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-4-қосымша
Приложение 12-4 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	министрінің 2021 жылғы "___" ___ №_____ бұйрығымен бекітілген № 012-4/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 012-4/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы акті Акт о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения №_____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

кажетінің астын сызу керек) (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 43-бабына сәйкес (В соответствии с статьей 43 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения", на основании) _____

(халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында бақылау мақсатында сатып алудың жүзеге асыру қағидаларында белгіленген өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алудың негіздерін көрсету (указать основания контрольного закупа продукции (товара), установленные правилами осуществления контрольного закупа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

1. Лауазымды тұлға (лар) жүзеге асырсын (Осуществить должностному (ым) лицу (ам))

_____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

_____ жыл "____" _____ бастап, _____ жыл "____" _____ дейін мерзімде халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы келесі өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу (в срок с "____" _____ года до "____" _____ года контрольный закуп следующей продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения):

_____ сатып алынатын өнімнің атауы, өндірушісі, саны (наименование, производитель, количество закупаемой продукции)

2. Осы акт қол қойылған күннен бастап күшіне енеді (Настоящий акт вступает в силу со дня подписания).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
--	--------------------------	------------

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

бұйрығына
14-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-5-қосымша
Приложение 12-5 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды
--	---

	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген № 012-5/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 012-5/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Өнімді (тауарды) сатып алу актісі Акт покупки продукции (товара) № _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____

Мен, лауазымды тұлға (Мною, должностным лицом) _____

_____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

_____ Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность)

Осы өнімді (тауарды) сатып алу актісі жасалды (Составлен настоящий акт покупки продукции (товара)):

1. Бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении контрольного закупа) _____

2. Бақылау мен қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы, сатып алуды жүргізу мекенжайы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора, адрес проведения покупки) _____

3. Сатып алынатын өнімнің (тауардың) атауы, олардың саны және өндірушісі (Наименование закупаемой продукции (товара), их количество и производитель) _____

4. Сатып алуды жүргізу күні мен уақыты (Дата и время проведения покупки) _____

5. Санитариялық-эпидемиологиялық зерттеу өткізу үшін санитариялық-эпидемиологиялық мекемеге жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки в организацию санитарно-эпидемиологической службы для проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы) _____

6. Өнімдерді тасымалдау барысында сақтау шарттары (Условия хранения продукции при транспортировке) _____

7. Пломбалау кезінде қаптаманың түрі (вид упаковки при опломбировании) _____
_____ (полимерлі, қағаз, шыны, басқалар) (полимерное, бумага, стекло, другое)

8. Жарамдылық мерзімі көрсетілмеген және (немесе) өтіп кеткен және айқын бұзылу белгілері бар өнімдер (тауарлар) туралы ақпарат (Информация о продукции (товарах) с неустановленным и (или) истекшим сроком годности, явными признаками порчи) _____

9. Қабылданған жедел ден қою шаралары туралы белгі (Отметка о принятых мерах оперативного реагирования) _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

1	2	3	4	5	6	7	8
Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Үлгілер өнімдерінің (тауардың) атауы, өндірушісі (наименования образцов продукции (товара), производитель)	Алынған үлгілер саны (Количество образцов, ед.)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Өнімнің сәйкестендіру мәліметтері (шығарылған күні, жарамдылық мерзімі, сериясы, партия нөмірі, т.б.). Идентификационные сведения о продукции (дата производства, срок годности, серия, номер партии, т.д.)	Бірлік үшін бағасы, теңге (Цена за единицу, тенге)	Жалпы сомасы, теңге (Итого сумма, тенге)	Пломба нөмірі (Номер пломбы)

Осы актіге қоса беріледі (К настоящему акту прилагаются) _____

бақылау-касса машинасының чегі немесе тауар чегі, тауарларға ілеспе құжат (чек контрольно-кассовой машины или товарный чек, сопроводительная накладная на товары)

Сатушы (Продавец) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы (подпись, должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Лауазымды тұлға (Должностное лицо) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы (подпись, должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))
--	---

Сатушы өнімді (тауарды) сатып алу актісіне қол қоядан бас тартты (Продавец отказался от подписания акта покупки продукции (товара))

лауазымды адамның Тегі, Аты, Әкесінің аты (бар болса) және қолы (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

бұйрығына

15-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

12-6-қосымша

Приложение 12-6 к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№_____ бұйрығымен бекітілген № 012-6/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 012-6/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____ _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері туралы акті Акт о результатах контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения № _____

" ____ " ____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): ____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері бойынша ____ жылы " ____ " ____ мыналар анықталды (По результатам контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведенного на основании акта о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения от " ____ " ____ года, установлено следующее):

1. Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) (Субъект (объект) контроля и надзора) _____ сауда объектісінің атауы, жеке сәйкестендіру номері/ бизнес сәйкестендіру номері, мекенжайы (наименование торгового объекта, индивидуальный идентификационный номер/бизнес идентификационный номер, адрес)

2. Сатып алынған өнім (тауар) (Закупленная продукция (товар)):

_____ (сатып алынатын өнімнің атауы, өндірушісі, саны) (наименование, производитель, количество закупаемой продукции)

3. Бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері (Результаты контрольного закупа): ____

Өнімнің (тауардың) Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттердің талаптарына және (немесе) бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкестігін немесе сәйкес еместігін көрсету қажет (необходимо указать соответствие или несоответствие продукции (товара) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)

4. Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі іс-шаралар, оларды жою мерзімдері (Мероприятия по устранению выявленных нарушений, сроки их устранения) _____

5. Бақылау және қадағалау субъектісіне қатысты жедел ден қою шараларын қолдану туралы ақпарат (Информация о применении меры оперативного реагирования в отношении субъекта контроля и надзора):

_____ (алынатын (қайтарылатын) өнімнің деректемелері, саны) (реквизиты, количество изымаемой (отзываемой) продукции)

6. Өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері бойынша тергеп-тексеруді тағайындау туралы ақпарат (Информация о назначении расследования

по результатам контрольного закупа продукции (товара)): иә/жоқ (керегінің астын сызу)
) (да/нет (нужное подчеркнуть))

Лауазымды тұлға (Должностное лицо) _____

қолы (подпись) Тегі, аты, әкесінің аты

(бар болса)

(фамилия, имя, отчество (при

его наличии))

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

бұйрығына

16-қосымша

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

97-1-қосымша

Приложение 97-1 к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№_____ бұйрығымен бекітілген № 097-1/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 097-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____ _____

Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес

келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімді (тауарды) алып қою және өткізуден кері қайтарып алу туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза

№ _____

" _____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____ керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ лауазымы _____, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету) (указать нарушения требований

нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38-бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (на основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ):

1. Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) сауда орындарынан дереу алып қою (Незамедлительно изъять с торговых мест нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза);

2. Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) қойма үй-жайларынан 3 күнтізбелік күнге дейінгі мерзімде алып қою (қойма үй-жайларында болған кезде) (В срок до 3 календарных дней изъять со складских помещений нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза (при наличии в складских помещениях));

3. Контрагенттермен өткізілген (контрагенттермен өткізу кезінде) Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) _____ күнтізбелік күнге дейінгі мерзімде кері қайтарып алу (В срок до _____ календарных дней отозвать нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза, реализованную контрагентам (при реализации контрагентам)).

№	Өнімнің атауы Наименование продукции	Өндіруші, өнім өндіретін ел Производитель, страна изготовления продукции	Партия нөмірі Номер партии
1	2	3	4

Растайтын материалдарды қоса бере отырып, өткізуден алып қойылған және кері қайтарылған өнімге (тауарға) қатысты жүргізілген іс-шаралар туралы ақпарат осы қаулыны алған сәттен бастап күнтізбелік ____ күн ішінде ұсынылсын (информацию о

проведенных мероприятиях в отношении изъятой и отозванной с реализации продукции (товара) с приложением подтверждающих материалов представить в течение ____ календарных дней с момента получения настоящего постановления в)____

_____ мемлекеттік органның атауы, мекенжайы, e-mail және басқа да байланыс деректері (наименование государственного органа, адрес, e-mail и другие контактные данные)

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

_____ бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

_____ қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического	Мөр орны Место печати	
---	--------------------------	--

благополучия населения

ТАӘ
ФИО

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

бұйрығына
17-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
97-2-қосымша

Приложение 97-2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "____" "____" № _____ бұйрығымен бекітілген № 097-2/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 097-2/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____ _____

Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию № _____

" ____ " ____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) ____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

_____ (кажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результаты государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

_____ (техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____ бұзушылықтың (лар) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

_____ жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2 тармағының 4 тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (на основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ):

Осы қаулыны алған күннен бастап, шұғыл түрде мына адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру (незамедлительно со дня получения настоящего постановления организовать направление следующих лиц на госпитализацию)

№	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия, имя, отчество) (при его наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	Диагнозы (Диагноз)	(Жіберіледі (Направляется в))
1	2	3	4	5	6

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

_____ мемлекеттік органның атауы (наименование государственного органа)

(к) "___" _____ жылы (года) ұсынылсын.

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

_____ бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес))

_____ Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

_____ лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және қолы (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в с ф е р е санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
---	--------------------------	------------

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

бұйрығына
 18-қосымша

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 103-1-қосымша
 Приложение 103-1 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 №ҚР ДСМ-84

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" "_____" №_____ бұйрығымен бекітілген № 103-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 103-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____ _____

Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімді (тауарларды) өткізуден алып қою және кері қайтарып алу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу туралы **ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ** регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Қаулыны қолдану негіздері (Основания для применения постановления)	Алынатын (кайтарылатын () өнімнің тізбесі (Перечень изымаемой (отзываемой) продукции)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы (ақпарат (Информации о выполнении постановления)
1	2	3	4	5	6	7

бұйрығына

19-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
103-2-қосымша

Приложение 103-2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 103-2/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 103-2/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

						Қаулының шығарылған күні мен нөмері
--	--	--	--	--	--	--

						(Дата и номер
№	<p>Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)</p>	<p>Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)</p>	<p>Емдеуге жатқызуға жіберілетін адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) лиц, направляемых на госпитализацию)</p>	<p>Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении мер оперативного реагирования)</p>	<p>Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информации о выполнении постановления)</p>	

						постановлени я)
1	2	3	4	5	6	7

бұйрығына
20-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
273-1-қосымша

Приложение 273-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№ _____ бұйрығымен бекітілген № 273-1/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 273-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

**Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
тергеп-тексерулерді есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ учета исследований в сфере
санитарно-эпидемиологического благополучия населения**

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

		Субъектілер дің (объектінің) атауы,				
--	--	--	--	--	--	--

№	Тергеп-тексеруді тағайындау, тергеп-тексеру мерзімдерін ұзарту туралы актісінің шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер акта о назначении расследования, продлении сроков расследования)	өздеріне қатысты тергеп-тексеру басталған басшының (дара кәсіпкердің немесе заңды тұлғаның) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) (Наименование субъектов (объекта), фамилия, имя отчество (при его наличии) руководителя (индивидуального предпринимателя или юридического лица) в отношении которого начато расследование)	Тексеру барысында бұзушылықтары анықталған құжаттардың атауы және нормативтік құқықтық актілер нормалары (Наименование документов и нормы нормативно-правовых актов, нарушение которых выявлено в ходе расследования)	Тергеп-тексеруге қатысушылардың Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия, имя отчество (при его наличии) участвующих в расследовании)	Тергеп-тексеру нәтижелері туралы актінің шығарылған күні мен нөмер (Дата акта о результатах расследования)	Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша қабылданған шаралар (Принятые меры по результатам расследования)	Тергеп-тексеруді жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы (Фамилия, имя отчество (при его наличии), должность лица, проводившего расследование)
1	2	3	4	5	6	7	8