



Об организации помощи лепробольным и борьбы с лепрой в Республике Казахстан

Утративший силу

Приказ Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 3 ноября 2000 года N 689 Зарегистрировано в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 ноября 2000 года N 1308. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 апреля 2010 года № 311.

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 29.04.2010 № 311.

В целях реализации статьи 17 Закона Республики Казахстан "Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан", постановления Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2000 года N 468 "Об утверждении Перечня социально значимых заболеваний, представляющих опасность для окружающих"

, приказываю: см. K090193, P092018

1. Утвердить прилагаемые:

- 1) Инструкцию по борьбе с лепрой;
- 2) Правила организации деятельности лепрозория.

2. Ввести настоящий приказ в действие со дня его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

И.о. Председателя

У т в е р ж д е н а

п р и к а з о м А г е н т с т в а

Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н

п о д е л а м з д р а в о о х р а н е н и я

от 3 ноября 2000 г. N 689

Инструкция по борьбе с лепрой

1. Общие положения

1. Руководство за выполнением мероприятий по борьбе с лепрой осуществляется Агентством Республики Казахстан по делам здравоохранения.

2. Научно-исследовательским и методическим центром по борьбе с лепрой является Научно-исследовательский кожно-венерологический институт.

3. Проведение лечебной и профилактической работы по лепре возлагается на Казахский республиканский лепрозорий и дерматовенерологические организации республики.

4. Лепрозорий и местные противолепрозные, кожно-венерологические организации несут полную ответственность за выявление больных лепрой, их своевременную госпитализацию в лепрозорий, систематический контроль над членами семей больных и других групп повышенного риска заболевания. В обязанности лепрозория и местных противолепрозных, кожно-венерологических организаций входят организация и проведение амбулаторного лечения выписываемых из лепрозория, превентивное лечение членов семей больных, санитарно-просветительная и воспитательная работа по лепре среди населения.

5. Медицинский персонал лечебно-профилактических организаций участвует в противолепрозных мероприятиях под руководством врачей вышеуказанных медицинских организаций, в каждом областном кожно-венерологическом диспансере назначается врач, ответственный за проведение противолепрозных мероприятий.

6. Научно-исследовательский кожно-венерологический институт совместно с противолепрозным и кожно-венерологическими организациями ведут научно-исследовательские работы по актуальным вопросам лепрологии, подготовку кадров и участвуют в реализации планов противолепрозных мероприятий.

2. Регистрация и учет больных лепрой и контактных лиц

7. Медицинский работник, выявивший больного лепрой, заполнив на него "экстренное извещение об инфекционном заболевании" (форма N 058-у), направляет его в территориальную санитарно-эпидемиологическую станцию (далее - СЭС), затем осуществляет госпитализацию больного в республиканский лепрозорий и проведение дезинфекции. V095908

8. В противолепрозной организации на вновь выявленного больного, а также на больного с рецидивом заболевания заполняется "извещение на больного с впервые в жизни установленным диагнозом лепры, на больного с рецидивом лепры". Извещение составляется в 3-х экземплярах. Один экземпляр остается в лепрозории, другой направляется в Научно-исследовательский кожно-венерологический институт Агентства по делам здравоохранения РК, третий передается врачу, ответственному за проведение противолепрозных мероприятий (областной кожно-венерологический диспансер).

9. В противолепрозном учреждении на лиц, имевших тесный контакт с больными лепрой, заполняется "Контрольная карта на члена семьи больного

лепрой или на лицо, имевшее тесный контакт с ним" для учета и регистрации результатов наблюдения за состоянием их здоровья.

На учет берутся лица, находившиеся в условиях заведомо способствующих передаче инфекции (тесный, длительный контакт с больным в семье).

Наблюдение за контактными лицами наряду с врачами лепрозория проводят врачи-дерматовенерологи по месту жительства.

3. Выявление больных лепрой и контроль за очагами инфекции

10. Выявление больных лепрой осуществляется, главным образом, врачами лечебно-профилактических организаций (на амбулаторных приемах, в комиссиях по м е д о с м о т р у) .

С целью максимально раннего выявления больных лепрой, противолепрозными организациями проводятся систематические обследования членов семей больных лепрой и лиц, имевших тесный контакт с ними, а также сплошное обследование эндемических по лепре населенных пунктов.

Все члены семьи больного лепрой и лица имевшие общение с ними вне семьи , но в обстановке, приближающейся к условиям домашнего контакта, должны подвергаться периодическому врачебному осмотру и, в случае необходимости, лабораторному обследованию не реже одного раза в год.

11. Периодические обследования организует и проводит Казахский Республиканский лепрозорий, привлекая к участию районные (городские) дермато-венерологические организации, а в отдельных эндемических зонах, при достаточной подготовке по лепре местных медицинских работников. Обследование может быть поручено дермато-венерологическим организациям, при этом Казахский Республиканский лепрозорий обязан обеспечить контроль за своевременностью и полнотой таких обследований. Сведения о результатах обследования контактных лиц дермато-венерологическими организациями направляются в эпидемический отдел лепрозория.

12. Осмотр контактных лиц, при наличии у больного лепроматозного типа или пограничной формы лепры производится в течение 20 лет и в течение 10 лет при туберкулоидном типе и недифференцированной форме лепры с момента р е г и с т р а ц и и .

13. В населенных пунктах, где отмечаются повторные случаи заболевания, рекомендуется периодически проводить осмотры населения по согласованию с местными исполнительными органами. Обследование населения проводится врачом, имеющим подготовку по лепре, в специально отведенном помещении или на дому, в зависимости от обстоятельств.

4. Госпитализация больных лепрой

14. Все вновь выявленные больные, независимо от показаний к госпитализации, подлежат обязательному противолепрозному лечению.

15. Больные лепрой, госпитализируются в лепрозорий по эпидемиологическим и терапевтическим показаниям.

16. Обязательной госпитализации по эпидемиологическим показаниям подлежат больные :

- 1) страдающие лепроматозным типом и пограничной формой лепры;
- 2) недифференцированным и туберкулоидным формами лепры, если у них имеются распространенные кожные поражения, обострение процесса, трансформация в лепроматозный тип и микобактерии лепры в соскобе слизистой носа или скарификате пораженного участка кожи;
- 3) больные, выписанные на диспансерное обслуживание, при возникновении клинического или бактериоскопического положительного рецидива болезни.

17. Госпитализация больных лепрой по терапевтическим показаниям производится: в случае возникновения сопутствующих заболеваний, для оказания хирургической и ортопедической помощи, для лечения трофических язв, проведения пластических операций, абортов.

18. Больным, страдающим недифференцированной формой или туберкулоидным типом лепры, бактериоскопически негативным и имеющие ограниченные кожные проявления, может проводиться лечение амбулаторно по месту жительства, если для этого имеются соответствующие условия, после предварительного осмотра и начала лечения в лепрозории. В случае отсутствия возможности организовать такому больному полноценное противолепрозное лечение в амбулаторных условиях он должен быть направлен в лепрозорий.

5. Условия выписки больных на диспансерное обслуживание, амбулаторное лечение

19. Диспансерное обслуживание больных лепрой состоит из двух этапов: амбулаторного лечения и последующего наблюдения за клинически выздоровевшими и больными.

20. Выписка больных из лепрозория производится с учетом состояния здоровья, наличия условий для лечения по месту жительства, жилья и материального обеспечения.

21. Выписка больных на диспансерное обслуживание производится комиссией, в составе: главного врача лепрозория или его заместителя по лечебной части (председателя комиссии), заведующего отделением,

врача-эпидемиолога и лечащего врача.

22. К заседанию комиссии заведующий отделением и лечащий врач составляют подробный эпикриз, в котором указываются:

1) клиническая картина болезни при поступлении, течение болезни и состояние больного к моменту выписки (дата госпитализации, продолжительность заболевания, диагноз при поступлении с кратким описанием клинической картины, данные бактериоскопии, гистологических исследований, лепроминовых проб, наличие сопутствующих заболеваний, течение болезни, осложнения, обострения, их характер, проведенное антилепрозное лечение с наименованием препаратов, количество курсов, суммарных доз, переносимость);

2) санитарно-гигиенические, материальные и бытовые условия семьи, наличие детей, их возраст;

3) лечебно-профилактическая организация, где больной будет состоять на учете и проводить лечение.

23. Комиссия определяет характер дальнейшего лечения, срок начала очередного курса и время переосвидетельствования врачом-лепрологом, в случае проживания больного вдали от лепрозория и отсутствия возможности прибытия для осмотра, последний может быть поручен врачу-дерматовенерологу, ответственному по лепре.

Сроки переосвидетельствования назначаются в зависимости от типа лепры, течения болезни, продолжительности и аккуратности лечения (по возможности не реже двух раз в год).

24. Учитывая соображения эпидемиологического характера и состояние больного, комиссия дает рекомендации по трудоустройству. Выписываемые на амбулаторное лечение больные лепрой не могут допускаться к работе в детских и медицинских учреждениях, пищевых и коммунальных предприятиях, работа в которых связана с непосредственным обслуживанием людей.

25. Данные пунктов 23, 24 заносятся в историю болезни, которая подписывается всеми членами комиссии.

26. О выписке больного на диспансерное обслуживание лепрозорий ставит письменно в известность:

1) врача-дерматовенеролога, ответственного по борьбе с лепрой, областного кожно-венерологического диспансера;

2) лечебно-профилактическую организацию, где будет лечиться больной, путем пересылки обменного талона (ф. 27-лепра), выписки из истории болезни с эпикризом и заключением комиссии;

3) там, где они имеются противолепрозные диспансеры и опорные пункты.

27. При выписке больному выдается справка о времени его пребывания в лепрозории и о переводе на диспансерное обслуживание с указанием

запрещенного рода занятий и срока очередной явки для переосвидетельствования в лепрозорий или в кожно-венерологический диспансер.

28. Лечебно-профилактическая организация, получившая обменную карту от лепрозория (приложение 3), и выписку из истории болезни должна в обязательном порядке зарегистрировать и поставить в известность лепрозорий о прибытии больного, выписанного из лепрозория, путем направления в эпидемический отдел лепрозория отрывного талона (ф. 27-лепра).

29. При очередной явке на переосвидетельствование в лепрозорий больной должен представить справку от врача (или фельдшера) о проведенном лечении и его переносимости, о результатах, сделанных за это время, лабораторных исследований. Лепрозорий, в свою очередь, выдает больному справку о прохождении переосвидетельствования, с рекомендацией дальнейшего лечения и у к а з а н и е м с р о к а я в к и .

30. Контроль за проведением амбулаторного лечения по месту жительства больного возлагается на лепрозорий, противолепрозные диспансеры или, при их отсутствии, на кожно-венерологические диспансеры, которые обязаны не реже 2 раза в год производить проверку качества проводимого больному амбулаторного лечения по месту его жительства.

31. Больные лепроматозным типом и пограничной формой лепры выписываются в регрессирующей или резидуальной стадиях, при повторно отрицательных результатах в течение одного года бактериоскопических исследований соскобов слизистой носа, тканевого сока на месте высыпаний или видимо здоровой кожи. Гистологическое исследование срезов кожи к моменту выписки должно показывать регрессивные изменения с развивающимся фиброзом ткани и наличие инфильтрата типа простого воспалительного процесса . Присутствие небольшого количества разрушающихся лепрозных клеток с наличием в них единичных деструктивно измененных микобактерий лепры или единичных зернистых форм возбудителя в нервах не является препятствием к выписке на амбулаторное лечение.

32. Срок бактериоскопической негативности больного может быть сокращен до 9 месяцев :

1) при выписке больного в семью, где отсутствуют дети до 14-летнего в о з р а с т а ;

2) при возможности выделить больному отдельную комнату. В этих же случаях срок бактериоскопической негативности больного может быть уменьшен до 6 месяцев, если больной будет продолжать лечение в одном из противолепрозных учреждений (лепрозорий, диспансер, пункт).

33. Больные недифференцированной формой бактериоскопически положительные при поступлении, могут быть выписаны на амбулаторное

лечение в фазе регресса через 6 месяцев после наступления бактериоскопической негативности соскобов слизистой носа и скарификатов пораженных участков кожи при повторных ежеквартальных исследованиях.

Гистологическая структура к моменту выписки в местах бывших кожных высыпаний должна иметь характер простого воспаления без палочек лепры.

Наличие единичных деструктивно измененных микобактерий лепры не является препятствием к выписке на амбулаторное лечение.

34. Больные туберкулоидным типом, бактериоскопически положительные при поступлении, могут быть выписаны на амбулаторное лечение после исчезновения активных высыпаний, при отрицательных результатах бактериоскопических исследований (в соскобах слизистой носа и тканевого сока) в течение последних 6 месяцев.

Гистологическая картина к моменту выписки должна соответствовать требованиям, предъявляемым при выписке больного с недифференцированной формой лепры.

35. Больные недифференцированной формой и туберкулоидным типом, бактериоскопически негативные при поступлении, могут быть выписаны на амбулаторное лечение после исчезновения активных проявлений болезни.

36. Больные, поступающие в лепрозорий повторно по поводу клинических и бактериоскопических рецидивов, могут быть выписаны на диспансерное обслуживание через 6 месяцев после бактериоскопической негативации по исчезновении клинических проявлений. Гистологическая картина должна соответствовать требованиям, указанным в пунктах 33, 35.

37. Больные, находящиеся на амбулаторном обслуживании и поступившие в лепрозорий по терапевтическим показаниям (сопутствующие заболевания, специальное обследование, хирургическая и ортопедическая, стоматологическая помощь и т.п.), могут быть выписаны заведующим отделением без представления на комиссию.

38. После окончания амбулаторного лечения больные переводятся на контрольное наблюдение при условии:

1) полного отсутствия на кожном покрове в течение последних 3 лет каких-либо активных проявлений болезни;

2) стационарного состояния в течение последних 3 лет имеющих остаточных изменений в периферической нервной системе (расстройства чувствительности, атрофии мышц, контрактуры, парезы, деформации конечностей);

3) отрицательных результатов всех повторных бактериоскопических исследований соскобов слизистой носа и скарификатов кожи за все время амбулаторного лечения;

4) наличия в гистологических препаратах кожи выраженного фиброза соединительной ткани без палочек лепры.

39. Перевод больных с амбулаторного лечения на контрольное наблюдение проводится в лепрозории комиссией, как и при выписке из лепрозория (см. пункт 22). К заседанию комиссии заведующий отделением и лечащий врач составляют эпикриз, в котором отмечаются дата, состояние кожного покрова и периферической нервной системы больного при выписке на амбулаторное лечение, результаты бактериоскопического и гистологического исследований, лепроминовой реакции, продолжительность амбулаторного лечения, количество принятых курсов лечения, названия препаратов, суммарные дозы, переносимость, состояние больного в день его освидетельствования. Комиссия также устанавливает сроки контрольного обследования больного в диспансере и лепрозории.

40. Больные лепроматозным типом, переведенные на контрольное наблюдение, должны обследоваться врачом-лепрологом не реже двух раз в год, а больные недифференцированной формой и туберкулоидным типом - один раз в два года.

41. Общая продолжительность лечения больных лепроматозным типом и пограничной формой должна быть не менее 5-10 лет, а больных туберкулоидным типом и недифференцированной формой не менее 3-5 лет в зависимости от тяжести процесса к моменту начала лечения.

6. Предоставление отпусков госпитализированным больным

42. Для устройства личных дел больным предоставляется отпуск в перерыве между курсами лечения на срок до 20 дней, но не чаще 2-х раз в год при условии:

- 1) отсутствия активных проявлений лепры;
- 2) отсутствия микобактерий лепры в соскобах слизистой носа в течение последних шести месяцев и в тканевом соке к моменту предоставления отпуска;
- 3) соблюдения больным правил внутреннего распорядка и режима противолепрозного учреждения.

43. Вопрос о предоставлении больному отпуска разрешается комиссией в составе главного врача лепрозория или его заместителя по медицинской части, врача-эпидемиолога и лечащего врача.

44. Решение комиссии записывается в историю болезни и подписывается всеми членами комиссии. При этом составляется краткий эпикриз с указанием: диагноза, стадии заболевания, результатов бактериоскопических исследований, причин, по которым предоставляется отпуск, продолжительности отпуска и

названия населенного пункта, куда направляется больной.

45. Больному выдается на руки справка, в которой указывается время начала и окончания отпуска, населенный пункт, куда больному разрешен выезд.

46. При наличии чрезвычайных обстоятельств (тяжелая болезнь, или смерть близких родственников, несчастный случай) больному, если он не является бацилловыделителем, может быть предоставлен отпуск сроком не более 7 дней.

7. Транспортировка больных лепрой

47. Отправка больных в лепрозорий производится лечебно-профилактическими организациями в сопровождении лица с медицинской подготовкой, за счет соответствующего территориального органа здравоохранения.

48. Перевозка больных лепрой всеми видами транспорта производится на общих основаниях в случаях их безопасности для окружающих, удостоверенной врачами.

49. Больные лепрой, являющиеся бацилловыделителями, перевозятся на санитарной машине; перевозка водным и железнодорожным транспортом производится согласно правилам, устанавливаемым по согласованию с соответствующими ведомствами.

8. Порядок госпитализации больных лепрой, находящихся на диспансерном обслуживании, в общие и специализированные лечебные учреждения

50. Все больные лепрой, находящиеся на диспансерном обслуживании, в случае возникновения у них каких-либо заболеваний (за исключением рецидивов лепры), требующих лечения в условиях стационара, должны госпитализироваться в общие и специализированные лечебно-профилактические организации без каких-либо ограничений.

9. Организация семинаров для специализации медицинских работников по лепре

51. С целью повышения знания в области лепрологии каждая противолепрозная организация организует на своей базе краткосрочные курсы и семинары с обязательным показом и разбором больных лепрой для врачей и среднего медицинского персонала.

52. Частота и сроки специализации медицинских работников по лепре определяются годовыми комплексными планами противолепрозных

мероприятий, утверждаемых Агентством Республики Казахстан по делам здравоохранения.

У т в е р ж д е н а
п р и к а з о м А г е н т с т в а
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
п о д е л а м з д р а в о о х р а н е н и я
о т 3 н о я б р я 2000 г. N 689

Правила организации деятельности лепрозория

1. Общие положения и задачи лепрозория

1. Лепрозорий является специализированной лечебно-профилактической организацией по борьбе с лепрой.

2. Основными задачами лепрозория являются:

- 1) проведение активной профилактики лепры;
- 2) лечение больных лепрой противолепрозными и вспомогательными средствами, а также оказание специализированных видов медицинской помощи;
- 3) оказание квалифицированной медицинской помощи больным лепрой при сопутствующих заболеваниях;
- 4) организация рационального трудового, бытового и санитарного режима для больных;
- 5) организация амбулаторного лечения больных лепрой по месту их жительства, тщательное диспансерное наблюдение за ними;
- 6) проведение научно-исследовательской работы по лепре.

3. При осуществлении возложенных на него задач лепрозорий выполняет следующие мероприятия:

- 1) устанавливает связь с территориальными органами здравоохранения, лечебно-профилактическими, санитарно-профилактическими и иными организациями и привлекает их в установленном порядке к участию в проведении мероприятий по борьбе с лепрой;
- 2) обеспечивает подготовку по лепре врачей и среднего медицинского персонала, работающих в лечебно-профилактических организациях в обслуживаемой лепрозорией зоне;
- 3) организует и участвует в проведении санитарно-просветительной работы среди населения.

2. Устройство лепрозория

4. Лепрозорий организуется в эндемических по лепре зонах, при соблюдении надлежащих санитарно-гигиенических норм с учетом удобных путей сообщения и возможности развития подсобного сельского хозяйства.

5. Территория, занимаемая лепрозорием, должна быть ограждена, озеленена и разделена на две изолированные части:

- 1) территория для больных;
- 2) территория для персонала.

6. На участке лепрозория недопустимо расположение, каких бы то ни было посторонних организаций и проживание посторонних лиц.

7. Лепрозорий должен располагать земельным участком, дающим возможность ведения подсобного сельского хозяйства с применением труда больных в качестве лечебного для них фактора.

8. Независимо от числа коек каждый лепрозорий должен иметь:

1) на территории для больных - стационар, изолятор, помещение для инвалидов, жилые дома для больных с учетом размещения отдельно бацилловыделителей и негативных больных, помещения для детей;

2) амбулаторию (поликлинику) с кабинетами: терапевтическим, хирургическим, глазным, зубоучастком, рентгеновским, физиотерапевтическим, аптеку, лабораторию, пищеблок-столовую, баню-прачечную с дезинфекционной камерой, мастерские, клуб, кино, библиотеку, морг;

3) на территории для персонала - жилые помещения для обслуживающего персонала, клуб, школу, детский сад и медицинский пункт;

4) административно-хозяйственные здания и помещения для лиц, прибывших на свидание с больными, располагаются обособленной группой в промежуточной зоне между территориями для больных и для обслуживающего персонала.

3. Администрация лепрозория

9. Во главе лепрозория стоит главный врач, который назначается и увольняется территориальным органом здравоохранения по подчиненности л е п р о з о р и я .

10. Главный врач управляет лепрозорием на основе единоначалия, распоряжается имуществом и денежными средствами лепрозория и отвечает за свою лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность лепрозория, он организует и контролирует лечение по лепре в обслуживаемой лепрозорием зоне, устанавливает деловую связь с территориальными органами здравоохранения, с кожно-венерологическими и другими о р г а н и з а ц и я м и .

11. Главный врач обязан немедленно сообщать территориальному органу

здравоохранения, в ведении которого находится лепрозорий, обо всех чрезвычайных происшествиях в лепрозорий.

12. Заместитель главного врача по медицинской части отвечает за постановку и качество всей лечебно-профилактической работы лепрозория, организует лечебно-профилактическую и научно-исследовательскую деятельность лепрозория, врачебные конференции, трудовой режим больных, лечебное питание, осуществляет контроль за санитарным состоянием лепрозория, обеспечивает проведение мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала, а также замещает главного врача во время его отсутствия.

13. Заместитель главного врача по административно-хозяйственной части лепрозория руководит административно-хозяйственной деятельностью лепрозория в пределах, определяемых главным врачом лепрозория.

14. Заместитель главного врача по медицинской части, и главный бухгалтер назначаются и увольняются соответствующим органом здравоохранения по представлению главного врача. Назначение и увольнение прочего персонала производится главным врачом лепрозория.

15. Заведующий эпидемиологическим отделом или врач-эпидемиолог лепрозория организует профилактические противолепрозные мероприятия в обслуживаемой зоне с участием территориальных органов здравоохранения и отвечает за надлежащее состояние эпидемиологического контроля в зоне и внутри лепрозория, ведет оперативный и статистический учет больных лепрой и лиц, имевших с ними контакт.

16. Обязанности прочих сотрудников лепрозория определяет главный врач, руководствуясь настоящими Правилами.

4. Режим лепрозория, медицинское обслуживание больных

17. В каждом лепрозории устанавливается обязательное круглосуточное дежурство среднего медицинского персонала. Врачебные дежурства устанавливаются в лепрозориях с количеством коек 150 и более. В лепрозориях с меньшим количеством коек дежурный врач назначается при наличии тяжелых и послеоперационных больных.

18. Посещение больных их родственниками и другими лицами разрешается в специальном отведенном помещении. Во время свидания должна быть исключена возможность близкого контакта больного с посетителями и передача больными продуктов, предметов одежды и пр.

Здоровые члены семьи, прибывшие с больным, в том числе и дети, в лепрозорий не принимаются. Все трудоспособные больные привлекаются к

с а м о о б с л у ж и в а н и ю .

В целях предоставления больным разумного отдыха в лепрозории организуются: клуб, библиотека, комната отдыха и пр. Администрация лепрозория обязана извещать родственников больных, поступающих в лепрозорий на излечение, в случае смерти больного и о больных детях и подростках, поступивших в лепрозорий без сопровождения родственников.

19. Лица, подозреваемые в заболеваний лепрой, помещаются до установления точного диагноза в специальную диагностическую палату, изолированную от помещения больных .

Здоровые дети лепрозных родителей передаются на воспитание родственникам или в специализированное детское отделение. Эпидемиологический контроль за детьми лепрозных родителей осуществляет лепрозорий .

20. Выписка из лепрозория производится в соответствии с Инструкцией по борьбе с лепрой, утвержденного настоящим приказом Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения.

21. Лепрозорий обязан иметь правила внутреннего распорядка для больных и внутреннего трудового распорядка для сотрудников:

1) Трупы умерших в лепрозории подлежат патологоанатомическому в с к р ы т и ю .

2) Сотрудники лепрозория производят работу на территории больничного двора в санитарно-гигиенической одежде, установленной для них в зависимости от выполняемой работы. Спецодежда не выносится из стен лепрозория, а хранится в специально отведенном месте.

3) Перевозка больных, сбор использованного перевязочного материала, уборка и очистка подкладных суден, плевательниц, тазов и уборных, вскрытие трупов умерших больных производятся в перчатках. Уборку помещений и мойку лабораторной, аптечной и другой посуды, жесткого и прочего инвентаря следует производить после предварительной обработки 5% раствором хлорамина.

4) При выполнении различных операций и процедур в полости рта (зубоврачебные, зубопротезные и другие), в области носоглотки и при взятии желудочного сока у больных необходимо пользоваться марлевыми р е с п и р а т о р а м и .

5) Работникам, имевшим особо тесное соприкосновение с больными или заразным материалом (вскрытие трупов, операция, стирка загрязненного белья), рекомендуется по окончании работы принять душ.

6) Прием пищи сотрудниками производится в особо выделенных комнатах.

7) Сотрудники лепрозория не должны входить в соприкосновение с больными более, чем это требуется их служебными обязанностями.

8) Белье, поступающее от больных в стирку, должно обеззараживаться: путем замачивания в 2% растворе соды с последующим кипячением в течение 15 минут или в 5% растворе хлорамина при экспозиции 4 часа.

9) Белье обслуживающего персонала (халаты, спецодежда и прочее) стирается, кипятится, гладится и хранится в отдельном помещении.

10) Весь использованный перевязочный материал сжигается.

11) Документы и деньги, поступившие от больных, дезинфицируются горячим утюгом или парами формалина.

12) Лица, работающие в противолепрозных организациях, подлежат диспансерному наблюдению.

5. Хозяйство, трудовой режим, отчетность, охрана лепрозория

22. Трудоспособные больные лепрой, госпитализированные в лепрозорий могут привлекаться к выполнению работ по основному и подсобному хозяйству, а также по уходу за другими больными.

23. Введение индивидуальных хозяйств больными лепрозория допускается с разрешения главного врача лепрозория в размерах, не превышающих личные потребности самих больных. Содержание скота и птицы больным запрещается.

24. Лепрозорий представляет отчеты о своей деятельности по форме и в сроки, установленные Агентством Республики Казахстан по делам здравоохранения.

25. Для поддержания общественного порядка и несения постовой службы в лепрозории учреждается охрана, действующая на основании особого положения о ней и в рамках установленных полномочий.

6. Советы, совещания, конференции

26. Для разрешения различных организационных и административно-хозяйственных вопросов главный врач лепрозория организует совещания сотрудников лепрозория с приглашением заинтересованных лиц.

27. В лепрозории проводятся регулярные врачебные конференции под председательством главного врача или его заместителя по лечебным вопросам. Сведения о проведенной конференции заносятся в специальную книгу протоколов.

П р и л о ж е н и е N 1
к "Инструкции по борьбе с лепрой"
форма-058у

**Извещение на больного с впервые установленным
диагнозом лепры, на больного с рецидивом лепры**

История болезни N _____

1. Фамилия, имя, отчество _____ 2.

Год рождения _____ 3. Пол _____ 4. Национальность _____ 5. Место
жительства _____ 6. Место

работы, образование, должность _____

_____ 7. Семейное
положение _____ п.п. 8-17

заполняются на больного с впервые установленным диагнозом лепры

8. Место рождения больного _____

9. Пункты постоянного проживания (длительность проживания в этих пунктах)

область _____ район (город) _____ с 19 _____ по 19 _____ г.

область _____ район (город) _____ с 19 _____ по 19 _____ г.

область _____ район (город) _____ с 19 _____ по 19 _____ г.

10. Предрасполагающие факторы (подчеркнуть): переохлаждение, интоксикация,
беременность, роды. Прочие причины _____

_____ 11. Время
появления признаков заболевания лепрой (по анамнестическим данным) _____

12. Локализация и характер первых проявлений и состояние больного на момент
установления диагноза _____

13. Диагноз (тип, форма) лепры _____

13.1. Ориентировочная продолжительность инкубационного периода _____

14.

Результаты исследований: _____

14.1 а) соскоб со слизистой носа _____

14.2 б) скарификаты кожи _____

14.3 Биоптат кожи _____

15. Сведения об источнике инфекции (фамилия, имя, отчество, диагноз,
отношение к больному, характер и длительность контакта, где находится, если
умер - указать дату смерти) _____

16. Местонахождение больного (дата госпитализации) _____

17. Список членов семьи и лиц, имевших тесный контакт с больным:

----- N! Ф. И. О. ! Г.р. !

Отношение ! Длитель- ! Дата и

п/п! ! ! к больному! ность ! результат
! ! ! ! контакта ! осмотра
! ! ! ! ! с больным!

----- Дата _____

____ Подпись _____ врача _____

пп. 18-25 заполняются на больного с рецидивом лепры

18. Время возникновения рецидива (год, месяц)

19. Год заболевания _____

20. Были ли ранее рецидивы (указать) _____

21. Дата начала амбулаторного лечения или перевода на диспансерное наблюдение _____

(год , месяц)

22. Клинические проявления рецидива _____

23. Результаты исследований:

23.1. Соскоб со слизистой носа _____

23.2. Скарификаты кожи _____

23.3. Биоптат кожи _____

24. Предполагаемые причины, способствующие возникновению рецидива (подчеркнуть): прием заниженных доз препаратов, плохая их переносимость, нарушение режима лечения, переохлаждение, злоупотребление алкоголем, беременность и роды, эмоциональные и физические перегрузки, неблагоприятные материально-бытовые условия. Другие причины:

25. Дата госпитализации _____

Дата заполнения извещения:

Подпись врача:

П р и л о ж е н и е N 3

к "Инструкции по борьбе с лепрой"

форма N 27

**Обменная карта N _____ на больного лепрой,
выписанного из противолепрозной организации**

Главному врачу _____

наименование лечебной организации

Комиссией врачей _____

наименование противолепрозной организации

Переведен на амбулаторное лечение больной лепрой _____

ф . и . о .

Год рождения _____ Домашний адрес _____

находился на стационарном лечении с _____
Выписан на амбулаторное лечение _____
Основной диагноз _____
Сопутствующие заболевания _____
Выписка из истории болезни выслана _____ дата _____
Дата явки больного в противолепрозную организацию на контрольное
освидетельствование _____
Дата отправки карты _____
Подпись _____ врача: _____
-----Линия _____ отреза-----

Подлежит возврату в противолепрозную организацию после
взятия больного на учет

Отрывной талон к обменной карте N _____

Главному врачу _____
наименование организации

Больной лепрой _____
фамилия, имя, отчество и год рождения

Принят на амбулаторное лечение _____
наименование лечебной организации

Выписка из истории болезни получена _____
(д а т а)

Дата отправки талона _____

Подпись врача: