

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

Утративший силу

Совместный приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 6 мая 2010 года № 157, Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 мая 2010 года № 350 и Министра внутренних дел Республики Казахстан от 14 июня 2010 года № 272. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 15 октября 2010 года № 6571. Утратил силу совместным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 октября 2012 года № 713 и Министра внутренних дел Республики Казахстан от 22 октября 2012 года № 566

Сноска. Утратил силу совместным приказом Министра здравоохранения РК от 12.10.2012 № 713 и Министра внутренних дел РК от 22.10.2012 № 566 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Примечание РЦПИ!

Порядок введения в действие приказа см. п. 4

В соответствии со статьей 138 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЕМ:**

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

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующих заместителя министра внутренних дел, вице-министров юстиции и здравоохранения Республики Казахстан.

3. Признать утратившими силу некоторые нормативные правовые акты Министерства внутренних дел Республики Казахстан, Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Министерства юстиции Республики Казахстан согласно приложению 2.

4. Настоящий приказ вводится в действие со дня его первого официального опубликования.

*Министр внутренних дел
Республики Казахстан*

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

_____ С. Баймаганбетов

_____ Ж. Доскалиев

М и н и с т р ю с т и ц и и
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н

_____ Р. Тусупбеков

« С О Г Л А С О В А Н О »

М и н и с т р т р у д а и с о ц и а л ь н о й
з а щ и т ы н а с е л е н и я
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н

Г. Абдыкаликова

31 августа 2010 г.

П р и л о ж е н и е 1
к с о в м е с т н о м у п р и к а з у
М и н и с т р а в н у т р е н н и х д е л
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
о т 14 и ю н я 2010 г о д а № 272
М и н и с т р а з д р а в о о х р а н е н и я
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
о т 18 м а я 2010 г о д а № 350
М и н и с т р а ю с т и ц и и
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
о т 6 м а я 2010 г о д а № 157

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

1. Общие положения

Настоящие Правила определяют порядок организации работы Министерств внутренних дел, здравоохранения и юстиции в части оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения (далее - Правила).

2. Оказание медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена

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

Лица, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи, а также в амбулаторном либо стационарном обследовании и лечении по поводу онкологических, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сахарного диабета и других заболеваний, при которых показано непрерывное наблюдение и лечение, обеспечиваются необходимой специализированной медицинской помощью в соответствующих медицинских организациях и лечебно-профилактических учреждениях уголовно-исполнительной системы (далее – ЛПУ УИС) и системы здравоохранения Республики Казахстан (далее – медицинские организации).

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

3. Методическое обеспечение деятельности специальных учреждений по вопросам лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работы осуществляется Департаментом тыла Министерства внутренних дел Республики Казахстан (далее – МВД), медицинскими службами департаментов внутренних дел городов Астаны, Алматы, департаментов внутренних дел областей (далее – ДВД) и уполномоченным органом в области здравоохранения.

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

5. Обеспечение медицинского кабинета осуществляется в соответствии с утвержденным начальником Медицинской службы ДВД лекарственным формуляром, сформированным на основании Протоколов диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министром здравоохранения Республики Казахстан, а также дезинфицирующими средствами, медицинской техникой, оборудованием , инструментарием, перевязочными и моющими материалами, утвержденными приказами МВД и уполномоченного органа в области здравоохранения.

6. Деятельность медицинских работников специальных учреждений организуется в соответствии с планом, утвержденным начальником

специального учреждения, согласованным с Медицинской службой ДВД.

7. Сведения по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в специальных учреждениях, в установленном порядке представляются в медицинскую службу ДВД.

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

9. Основными направлениями в работе медицинских работников специальных учреждений являются:

1) организация и оказание медицинской помощи лицам, содержащимся в специальных учреждениях;

2) осуществление контроля за санитарно-гигиеническим состоянием и соблюдением противоэпидемического режима в помещениях специальных учреждений;

3) осуществление взаимодействия с медицинскими организациями по вопросам медико-санитарного обеспечения лиц, содержащимся в специальных учреждениях.

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

1) активное выявление инфекционных, венерических, кожных, психических, паразитарных и других опасных заболеваний путем проведения медицинских осмотров: при поступлении, при проведении ежедневных обходов, при обращениях за медицинской помощью, при убытии из специального учреждения;

2) оказание амбулаторной медицинской помощи на уровне первичной (доврачебной), в том числе неотложной помощи;

3) организацию оказания скорой медицинской помощи;

4) организацию консультаций больных, нуждающихся в специализированной медицинской помощи;

5) организацию госпитализации лиц, нуждающихся в стационарном лечении;

6) выполнение рекомендаций и назначений врачей-специалистов и консультантов;

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

8) медицинский контроль за соблюдением государственных санитарных норм и правил при размещении, организации питания, банно-прачечном обеспечении,

санитарной обработке лиц, содержащихся в специальных учреждениях;

9) организацию и обеспечение проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционных больных;

10) организацию и обеспечение контроля за проведением дезинфекционных мероприятий;

11) организацию и обеспечение проведения санитарно-просветительной работы;

12) направление в группу санитарно-эпидемиологического надзора ДВД (далее – ГСЭН ДВД) и одновременно в департаменты государственного санитарно-эпидемиологического надзора (далее – ДГСЭН) экстренных извещений о выявлении инфекционных больных среди лиц, содержащихся в специальных учреждениях;

13) ведение медицинской документации в соответствии с формами первичной медицинской документации кабинета медицинского работника, утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения; ведение учетно-отчетной документации.

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

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

Осмотр проводится медицинским работником в специально оборудованном медицинском кабинете.

12. В ходе осмотров обязательно проводится:

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

2) антропометрическое исследование (рост, масса тела);

3) измерение пульса, частоты сердечных сокращений, артериального давления и температуры тела;

4) описание состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек;

5) объективное обследование внутренних органов.

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

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

О результатах опроса, заявленных жалобах на состояние здоровья и оказанной медицинской помощи производятся необходимые записи в журнале регистрации обращений за медицинской помощью, а также в карту медицинского осмотра, которые хранятся в медицинском кабинете специального учреждения, а в период отсутствия медицинского работника – у дежурного по специальному учреждению.

Также медицинский работник организует проведение консультативной помощи врачей-специалистов медицинских организаций с обязательной записью основных рекомендаций и назначений в карте медицинского осмотра.

При направлении больного на рентгенологическое, лабораторное и другое исследование, на консультацию к врачу-специалисту, а также на процедуры, которые не могут быть выполнены в условиях данного специального учреждения, карту медицинского осмотра выдают лицу, осуществляющему его конвоирование.

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

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

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

О каждом случае выявления инфекционного заболевания медицинский работник докладывает начальнику специального учреждения и начальнику медицинской службы ДВД.

Не позднее 24 часов с момента установления диагноза в ГСЭН ДВД и одновременно в ДГСЭН направляются экстренные извещения об инфекционном заболевании, пищевом отравлении.

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

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

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

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

19. При отсутствии показаний к госпитализации, врачом бригады скорой медицинской помощи составляется соответствующая справка с указанием результатов осмотра, диагноза, выполненных медицинских манипуляций, а также рекомендаций для медицинских работников специального учреждения по ведению данного больного. Указанная справка приобщается к личному делу лица, содержащегося в специальном учреждении. Сведения, изложенные в справке, переносятся медицинским работником в журнал регистрации обращений за медицинской помощью и карту медицинского осмотра.

20. Лица, нуждающиеся в амбулаторном либо стационарном обследовании и лечении по поводу заболеваний, при которых показано непрерывное наблюдение и лечение, обеспечиваются необходимой специализированной медицинской помощью в медицинских организациях в рамках гарантированного объема м е д и ц и н с к о й п о м о щ и .

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

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

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

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

24. Всем убывающим из ИВС, в том числе транзитным, для определения годности к конвоированию медицинским работником проводится обязательный

медицинский осмотр. Результаты осмотра заносятся в журнал первичного опроса и регистрации оказания медицинской помощи, карту медицинского осмотра, которая приобщается к личному делу. Карта медицинского осмотра должна содержать информацию о наличии заболеваний, результатах проведенного медицинского обследования и оказанной медицинской помощи в период пребывания в И В С .

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

26. В случаях заболевания подозреваемого и обвиняемого в совершении преступления в пути следования конвой доставляет заболевшего в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение территориального органа здравоохранения и передает под охрану соответствующего органа внутренних дел .

27. В целях безопасности медицинских работников лечебно-профилактических учреждений территориальных органов здравоохранения и бригад скорой медицинской помощи, администрация специальных учреждений организует их допуск к больному только в сопровождении дежурного по специальному учреждению, а в случае его отсутствия – дежурного (помощника дежурного) по органу внутренних дел, предварительно изолировав лицо, нуждающееся в медицинской помощи, в камере, либо в другом свободном помещении.

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

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

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

3. Медицинская помощь в Центрах временной изоляции, реабилитации и адаптации несовершеннолетних

31. Медицинский пункт является структурным подразделением Центров временной изоляции, реабилитации и адаптации несовершеннолетних системы МВД (далее – ЦВИАРН) и организуется для оказания доврачебной и (или)

врачебной медицинской помощи лицам, помещенным в учреждение, проведения мероприятий по соблюдению санитарно-гигиенических норм и правил противоэпидемического обеспечения.

32. Медицинский пункт размещается в помещении ЦВИАРН, отвечающим санитарно-гигиеническим требованиям. Администрация учреждения выделяет для медицинского пункта необходимое помещение специально оборудованное для медицинского работника, процедурный кабинет, организует его ремонт, уборку и оплату коммунальных услуг.

33. Основными задачами медицинского пункта являются:

1) выявление больных с соматическими и инфекционными заболеваниями, с изоляцией последних от основного контингента, а также оказание доврачебной и первичной медико-санитарной помощи нуждающимся лицам, помещенным в учреждение ;

2) санитарно-противоэпидемическое обеспечение учреждения и соблюдение дезинфекционного режима. Контроль уборки камер и служебных помещений учреждения ;

3) участие в разработке мероприятий по снижению заболеваемости и травматизма .

34. В медицинском пункте осуществляются следующие мероприятия:

1) проводится первичный профилактический медицинский осмотр всех поступающих (с санитарной обработкой) с целью выявления инфекционных, паразитарных и других острых заболеваний;

2) оказывается доврачебная медицинская помощь выявленным больным при поступлении, а также заболевшим в период пребывания в учреждении. Организовывается при наличии медицинских показаний их госпитализация. При подозрении на наличие у больного острой коронарной патологии, скрытых форм травматических повреждений, выраженной клиники интоксикации немедленно вызывается скорая и неотложная медицинская помощь, при необходимости организуется его госпитализация в территориальные органы здравоохранения. Больных, требующих стационарного лечения, в условиях специального учреждения содержать запрещено ;

3) осуществляется лечение больных, с использованием лечебно-профилактической базы медицинского пункта;

4) проводится работа по выявлению больных с инфекционными заболеваниями, осуществляется их своевременная изоляция и проведение в полном объеме противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий ;

5) проводится работа по выявлению больных, содержание которых в ЦВИАРН противопоказано, и организуется их направление в медицинские

организации территориальных органов здравоохранения. Больных с активными формами туберкулеза, венерическими заболеваниями, острыми психическими расстройствами в условиях учреждения содержать не разрешается;

6) своевременно, в установленном порядке, посылается экстренное извещение (предварительно телефонограммой) в отделы и группы санэпиднадзора МС ДВД о случаях инфекционных, паразитарных заболеваний, отравлениях и выявленных нарушениях санитарно-гигиенических требований;

7) проводится организация и осуществление специальных мер по выявлению и предупреждению распространения туберкулеза, ВИЧ-инфекции, и других инфекционных заболеваний среди содержащихся лиц.

35. Работа медицинского пункта организуется во взаимодействии с медицинскими организациями территориальных органов здравоохранения.

36. Контроль за своевременностью оказания неотложной медицинской помощи (вызов медицинского работника или скорой и неотложной медицинской помощи, транспортировка больного в другую медицинскую организацию) в часы, когда расписанием работы не предусмотрено нахождение в учреждении медицинского персонала, а также за обеспечение экстренной эвакуации больного транспортом несет дежурный сотрудник по учреждению.

37. В учреждении первичный медицинский осмотр проводится в специально оборудованном помещении учреждения до направления поступающих лиц на санитарную обработку. В составе учреждения оборудуется санпропускник.

38. Прием больных по обращаемости (или плановый прием) проводится без предварительной записи с разрешения руководства учреждения. Прием проводится в присутствии представителя дежурного сотрудника по учреждению или службы контролеров. Очередность приема больных определяется в зависимости от необходимости оказания срочной медицинской помощи. Лица, нуждающиеся в неотложной помощи, обеспечиваются ею независимо от числа больных, а при необходимости с привлечением врачей-специалистов медицинских организаций территориальных органов здравоохранения или госпиталя с поликлиникой ДВД.

39. Направление больных для стационарного или специализированного амбулаторного лечения в медицинские организации органов здравоохранения осуществляется по медицинским показаниям в установленном порядке по месту дислокации специального учреждения.

40. При выявлении больных с активными формами туберкулеза, венерическими заболеваниями, острыми психическими расстройствами в условиях специального учреждения необходимо изолировать больных. При выявлении в учреждениях больных, поступающих с инфекционным заболеванием, требующим выявления контактных лиц и превентивной работы с

ним, наряду с экстренной информацией в СЭС ДВД, направляется извещение в территориальную СЭС по месту жительства или ареста больного в установленном порядке. Не позднее 24 часов с момента установления диагноза.

41. При освобождении из учреждения больных инфекционными заболеваниями, требующими стационарного лечения, они переводятся с соблюдением противоэпидемических правил в медицинские организации органов здравоохранения по месту дислокации учреждения.

42. Привлечение медицинского работника к выполнению работ, не связанных с медицинской помощью, не разрешается.

4. Медицинская помощь в медицинском вытрезвителе

43. С целью установления степени алкогольного опьянения и оказания медицинской помощи лицам, доставленным в медицинский вытрезвитель, функционирует кабинет медицинского работника.

44. Медицинская помощь лицам, доставленным в медицинский вытрезвитель, оказывается в объеме доврачебной и неотложной медицинской помощи.

45. Контроль оказания медицинской помощи, обеспечение медицинского кабинета медицинских вытрезвителей лекарственными препаратами, оборудованием и инструментарием, контроль за санитарным состоянием осуществляют медицинские службы ДВД.

46. Сведения по медицинскому обеспечению лиц, водворенных в медицинский вытрезвитель, в установленном порядке представляются в медицинскую службу ДВД.

47. Дежурный медицинский работник:

1) выполняет свои обязанности по оказанию медицинской помощи лицам, доставленным в медицинский вытрезвитель;

2) обучает работников медицинского вытрезвителя умению оказывать первую медицинскую помощь лицам, в бессознательном или опасном для жизни состоянии;

3) следит за поддержанием санитарного состояния помещений медицинского вытрезвителя, установленного температурного режима воздуха, контролирует своевременное проведение дезинфекционных и дезинсекционных мероприятий, проводит санитарную обработку лиц, поступивших на вытрезвление;

4) пополняет аптечку медицинского вытрезвителя необходимыми медикаментами, ведет их учет и организует хранение, обеспечивает экипажи "спецмедслужбы" аптечками первой помощи, своевременно представляет заявки на медикаменты и медицинское оборудование в местные исполнительные органы, отвечающие за обеспечение лекарствами и медицинской техникой;

5) отчитывается перед медицинским управлением (службой) МВД, ДВД в установленной форме.

48. Доставленные граждане в состоянии опьянения в медицинский вытрезвитель в обязательном порядке подвергаются медицинскому осмотру, для чего дежурный медицинский работник в корректной форме предлагает доставленному снять с себя одежду до нижнего белья, спрашивает его о состоянии здоровья, необходимости оказания медицинской помощи.

49. Во время медицинского осмотра доставленных женщин присутствие мужчин, не относящихся к медицинскому персоналу, запрещается. При этом производится снятие только верхней одежды.

50. Лица, доставленные в медицинский вытрезвитель, подвергаются дежурным медицинским работником медицинскому осмотру, который состоит из:

- 1) тщательного осмотра состояния кожного покрова, волосистых частей тела;
- 2) определения частоты и других характеристик пульса;
- 3) измерения артериального давления с последующим его динамическим наблюдением;
- 4) аускультативного выслушивания сердца и легких;
- 5) пальпации живота и частей тела для выявления возможных травм;
- 6) определения психического (наркологического) и неврологического статусов, степени опьянения.

51. Результаты осмотра регистрируются медицинским работником в медицинском журнале согласно приложению 4 к Правилам. В этом же журнале фиксируются особые приметы доставленных (шрамы, татуировки, родимые пятна, ампутация конечностей и т.д.).

52. На основании изучения психического (наркологического), неврологического и соматического состояния лиц, доставленных в медицинский вытрезвитель, а также путем опроса медицинский работник устанавливает наличие алкогольной, наркотической и другой интоксикации, повреждения частей тела, педикулеза, заболеваний кожи, венерических заболеваний, заболеваний внутренних органов и оказывает необходимую медицинскую помощь.

53. Все лица, нуждающиеся в оказании скорой, неотложной медицинской помощи безотлагательно госпитализируются в территориальные лечебные учреждения органов здравоохранения. До прибытия бригады скорой медицинской помощи медицинский работник оказывает необходимую медицинскую помощь. Факт вызова скорой медицинской помощи, время ее приезда с момента вызова и помощь, оказанная в условиях медицинского вытрезвителя, фиксируется медицинским работником в журнале (Приложение 4

54. В случае отсутствия у доставленного медицинских противопоказаний к помещению на вытрезвление, медицинский работник определяет степень алкогольного опьянения и принимает решение о возможности помещения данного лица на вытрезвление и докладывает об этом инспектору-дежурному.

55. После осмотра медицинский работник совместно с работниками медицинского вытрезвителя проводит санитарную обработку доставленного, которая включает в себя обтирание и дезобработку, при выявлении педикулеза, принадлежащих ему вещей. После окончания санитарной обработки доставленные сопровождаются в палаты, помещаются на койки и укладываются на бок, с целью профилактики асфиксии верхних дыхательных путей рвотными м а с с а м и .

56. Медицинский работник и дежурный сотрудник полиции медицинского вытрезвителя регулярно обходят палаты, следя за состоянием здоровья вытрезвляемых и с целью предотвращения чрезвычайных ситуаций (членовредительства) и суицидов, оказывают медицинскую помощь.

57. Об оказании помощи медицинский работник делает запись в медицинском журнале, здесь же описывается состояние здоровья вытрезвляемого до и после оказания медицинской помощи с указанием времени осмотра, выставляется предварительный диагноз с ведущим синдромом (с и м п т о м) .

58. В случае оказания неповиновения находящихся на вытрезвлении граждан к ним применяются меры принудительного удержания путем фиксации мягкими повязками (брезентовыми или кожаными ремнями шириной 50-60 мм) к койке, руки, ноги и грудной клетки в положении "лежа на животе". Фиксация веревками , шпагатами, применение других физических методов удержания, которые могут причинить вред здоровью, а также обливание холодной водой категорически запрещается. Время фиксации не более одного часа и обязательно под наблюдением медицинского работника. При неэффективном удержании к таким лицам вызывается психиатрическая бригада скорой медицинской помощи и в дальнейшем решается вопрос о целесообразности нахождения их в медицинском в ы т р е з в и т е л е .

59. При установлении у лиц, прошедших вытрезвление, отсутствия признаков опьянения, резко выраженной абстиненции, депрессивного состояния, проявлений соматического заболевания медицинский работник докладывает дежурному-инспектору медицинского вытрезвителя о возможности их выписки, о всех лицах, доставленных два и более раза, прошедших вытрезвление, совместно с инспектором профилактики, медицинский работник оповещает наркологические диспансеры.

60. Медицинский работник еженедельно проводит инструктаж с сотрудниками экипажа специальных автомашин, по вопросам оказания первой медицинской помощи лицам, находящимся в алкогольном (наркотическом) опьянении, имеющим травмы, соматические заболевания, отравления и состояния, которые по симптоматике сходны с алкогольным опьянением, а также по вопросам правил транспортировки лиц, подлежащих вытрезвлению в медицинском вытрезвителе и предотвращению смертных случаев непосредственно в специальных автомашинах.

61. После полного вытрезвления лица, медицинский работник повторно производит медицинский осмотр в полном объеме и дает заключение о возможности его выписки. При возможности, лица, прошедшие вытрезвление в медицинском вытрезвителе, выписываются домой в сопровождении родственников.

5. Медицинская помощь лицам, отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы

62. Во всех учреждениях уголовно-исполнительной системы (далее - УИС) медицинская помощь оказывается в объеме предусмотренном гарантированным объемом оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Республики Казахстан и по видам медицинской помощи согласно полученной лицензии.

В гарантированный объем бесплатной медицинской помощи входят:

- 1) скорая медицинская помощь (неотложная помощь);
- 2) амбулаторно-поликлиническая помощь, включающая:
 - первичную медико-санитарную помощь;
 - консультативно-диагностическую помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов;
- 3) стационарная медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации в рамках планируемого количества случаев госпитализации (предельных объемов), определяемых уполномоченным органом, по экстренным показаниям – вне зависимости от наличия направления;
- 4) стационарозамещающая медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации;
- 5) восстановительное лечение и медицинская реабилитация;
- 6) паллиативная помощь и сестринский уход.

Обеспечение лекарственными средствами для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется при оказании

амбулаторно-поликлинической помощи, скорой, стационарной и стационарозаменяющей помощи в соответствии с лекарственными формулярами. Лекарственный формуляр ЛПУ – утвержденный руководителем ЛПУ и согласованный с уполномоченным органом перечень лекарственных средств, сформированный для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с учетом профиля медицинской организации, наличие которых обязательно в достаточных количествах.

Лекарственный формуляр ЛПУ является основой для планирования бюджета медицинской организации на лекарственные средства и подлежит периодическому пересмотру и обновлению не реже одного раза в год.

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

Перечисленные ЛПУ и осуществляемые ими виды медицинской деятельности подлежат лицензированию в соответствии с Законом Республики Казахстан от 11 января 2007 года № 214 «О лицензировании».

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

65. В случаях, требующих оказания специализированной стационарной помощи, направление больных осуществляется в медицинских организациях территориального органа здравоохранения.

66. Применение в учреждениях новых лекарственных средств с целью их клинических испытаний (экспериментов) запрещается.

6. Амбулаторно-поликлиническая помощь

67. Амбулаторно-поликлиническая помощь лицам, содержащимся в учреждениях УИС органов юстиции, оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и включает в себя оказание первичной медико-санитарной и консультативно-диагностической помощи по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП) и

профильных

специалистов.

68. По прибытию в следственный изолятор всем поступившим (в том числе и следующим транзитом) проводится первичный медицинский осмотр с целью выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих, и больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи.

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

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

На каждого содержащегося в следственном изоляторе, заполняется медицинская карта амбулаторного больного.

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

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

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

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

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

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

73. Осужденные, прибывшие в ИУ, помещаются в карантинное отделение на

срок до 15 суток. Все прибывшие лица фиксируются в журнал приема этапа согласно приложению 5 к настоящим Правилам.

В первые, две недели по прибытию в ИУ осужденные проходят в условиях карантинного отделения врачебный осмотр с целью выявления имеющихся заболеваний, оценки физического состояния, предварительного определения степени утраты трудоспособности. В ходе осмотра врачи производят сбор анамнестических данных о перенесенных заболеваниях, травмах, операциях, которые регистрируются в медицинской карте амбулаторного больного, при необходимости назначаются дополнительные обследования. За время нахождения в карантине все осужденные проходят в обязательном порядке флюорографическое обследование, исследование крови на RW и ВИЧ.

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

75. При проведении медицинского осмотра больного врач выясняет жалобы, изучает анамнез заболевания и жизни, проводит внешний осмотр с целью обнаружения телесных повреждений, вновь нанесенных татуировок, иных особых примет, проводит всестороннее объективное обследование, используя общепринятые методы осмотра, пальпация, перкуссия, аускультация, при наличии показаний назначает дополнительные методы обследования.

76. Дальнейший медицинский контроль за состоянием здоровья осужденных осуществляется во время профилактических медицинских осмотров, амбулаторных обращений в медицинскую часть, диспансерного наблюдения за лицами, имеющими хронические заболевания согласно приложениям 6, 7, 8 к настоящим Правилам.

77. Перед помещением спецконтингента в ШИЗО, ПКТ, ДИЗО, одиночную камеру производится медицинский осмотр для определения возможности его содержания в перечисленных помещениях. Письменное заключение врача, (фельдшера) о возможности или невозможности его водворения по состоянию здоровья, согласно приложению 9 к настоящим Правилам. При невозможности проведения осмотра спецконтингента, а также, если у него нет видимых признаков опасного заболевания, отравления, травмы, он помещается в ШИЗО, ПКТ, ДИЗО, одиночную камеру с обязательным медицинским осмотром в течение суток с момента водворения.

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

79. Контроль за качеством, вкусовыми свойствами готовой пищи осуществляется путем снятия проб с готовых блюд медицинским работником и

дежурным помощником начальника учреждения. Контроль выдачи и приема пищи в ПКТ и ШИЗО осуществляется медицинским работником.

7. Первичная медико-санитарная и консультативно-диагностическая помощь

80. Время для амбулаторного приема в медицинских частях осужденных устанавливается распорядком дня учреждения.

81. Амбулаторный прием в медицинской части проводится в часы, установленные приказом по учреждению, согласно графику приема амбулаторных больных. В ИУ для каждого отряда, смены или нескольких отрядов выделяется время амбулаторного приема. В СИ, тюрьмах и ИУ особого режима амбулаторный прием проводится врачами (фельдшерами) в режимных корпусах в специально оборудованных помещениях по предварительной записи, произведенной фельдшером (в исключительных случаях - старшим по корпусу).

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

82. В каждом отряде ИУ должен быть журнал предварительной записи на амбулаторный прием согласно приложению 10 к настоящим Правилам, который ведет начальник отряда. В СИ журнал ведет фельдшер корпуса. Журнал предварительной записи перед началом амбулаторного приема передается в медицинскую часть. После приема журнал возвращается указанным лицам.

Прием без записи в журнале проводится только в экстренных случаях.

83. В СИ, тюрьмах, ИУ с покамерным содержанием, совместно со старшим по корпусу, ежедневно проверяет санитарное состояние камер, путем обхода их после вывода спецконтингента на прогулку или санитарную обработку. Осужденные к наказанию в виде ареста, госпитализированные в медицинскую часть, содержатся изолированно от следственно-арестованных и осужденных, следующих транзитом.

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

84. Лицам, содержащимся в ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, а также в одиночных камерах СИ, тюрем и ИУ с покамерным содержанием медицинская помощь оказывается на месте медработниками при ежедневной проверке санитарного состояния этих помещений, результаты которого регистрируются в журнале

оказания медицинской помощи в помещениях ШИЗО (ПКТ, СУС) согласно приложению 11 к настоящим Правилам. В случаях, когда отмечается тяжелое состояние здоровья лиц, содержащихся в указанных помещениях, медработник принимает меры к срочному переводу таких лиц в медицинскую часть.

85. Медицинский работник до начала амбулаторного приема подбирает медицинские карты амбулаторного больного из записанных в журнале предварительной записи на амбулаторный прием, кратко опрашивает больных для выяснения их жалоб, производит сбор анамнестических данных; антропометрические измерения (рост, масса тела); измерение артериального давления, и определяет очередность их направления к врачу. При проведении сортировки медицинский работник особое внимание обращает на больных с повышенной температурой тела, острыми болями в животе, приступами стенокардии, желтухой и выраженной общей слабостью.

86. После осмотра больного врач кратко и разборчиво заносит в медицинскую карту амбулаторного больного дату приема, жалобы, данные объективного обследования, диагноз, назначения, делает заключение о необходимости освобождения от работы и подписывается с указанием фамилии и инициалов.

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

Для консультации привлекаются врачи-специалисты ЛПУ УИС, а также врачи-специалисты территориальных медицинских организаций на договорной основе в установленном порядке.

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

89. Заключение на частичное или полное освобождение от нарядов и работы дается врачом, а в случае отсутствия врача - фельдшером не более чем на трое суток. Продление освобождения осуществляется врачебно-консультативной комиссией (далее - ВКК). Заключение ВКК фиксируются в журнале проведения ВКК согласно приложению 12 к настоящим Правилам.

Списки амбулаторно освобожденных лиц медицинская часть передает дежурному помощнику начальника учреждения.

90. В медицинской карте амбулаторного больного делаются записи обо всех медицинских осмотрах медицинскими работниками, назначениях и манипуляциях.

91. Медицинские карты амбулаторного больного, справки об освобождении

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

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

Исключение могут составлять ненаркотические препараты, назначаемые при заболеваниях, нуждающихся в непрерывном поддерживающем лечении (ишемическая болезнь сердца со стенокардией напряжения и покоя, гипертоническая болезнь со стойким повышением артериального давления, сахарный диабет, бронхиальная астма). Решение вопроса о выделении этих препаратов на сутки приема на руки больному принимается начальником медицинской части в индивидуальном порядке в соответствии с назначением врача, оформляется специальное разрешение, утверждаемое начальником учреждения и передаются в дежурную часть.

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

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

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

95. В медицинской карте амбулаторного больного делаются записи обо всех назначениях и манипуляциях, независимо от места их проведения (в т.ч. ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, камере и т.д.).

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

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

98. Профилактический медицинский осмотр проводится один раз в год. Осужденные, содержащиеся в ИУ особого или тюремного режима (при камерном содержании), и несовершеннолетние в воспитательных колониях подлежат

о с м о т р у д в а р а з а в г о д .

99. График проведения профилактических медицинских осмотров утверждается начальником учреждений. В соответствии с графиком, начальник медицинской части организует осмотр спецконтингента силами врачей медицинской части в исправительных учреждениях, при необходимости привлекаются врачи - специалисты больниц уголовно-исполнительной системы. В осмотре обязательно принимают участие терапевт, фтизиатр, психиатр, стоматолог (зубной врач), а также врачи местных органов здравоохранения по с о г л а с о в а н и ю .

100. Прибытие спецконтингента в медицинскую часть обеспечивает начальник отряда (старший по корпусу).

101. В ходе медицинских осмотров проводится: сбор анамнестических данных; антропометрическое исследование (рост, масса тела); гинекологический осмотр женщин с взятием мазка для цитологического исследования, у девушек - пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям); определение остроты зрения и слуха; анализ крови (определение скорости оседания эритроцитов (далее - СОЭ), гемоглобина, лейкоцитов, сахар крови по показаниям); исследование общего анализа мочи; электрокардиография (далее - ЭКГ) (с 15 лет - 1 раз в 3 года, с 30 лет - ежегодно); флюорография (рентгенография) органов грудной клетки - 2 раза в год; женщинам - пальпаторное исследование молочных желез; пальцевое исследование прямой кишки; осмотр врачом-терапевтом, фтизиатром, психиатром, стоматологом (зубным врачом); осмотр врачами других специальностей (по показаниям).

Результаты профилактического осмотра вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного.

102. Медицинский контроль осуществляется путем:
медицинского осмотра при поступлении спецконтингента в учреждения с целью выявления инфекционных, паразитарных и других острых заболеваний;
предварительного и периодического медицинского осмотра при направлении на работу, с целью предотвращения инфекционных и паразитарных заболеваний;
проведения медицинских осмотров: ежегодных профилактических, целевых, при убытии из учреждения, с целью обеспечения динамического наблюдения за состоянием здоровья, своевременного установления начальных признаков заболеваний, предупреждения и нераспространения общих, инфекционных и паразитарных заболеваний;
диспансерного наблюдения за больными с нозологическими формами согласно приложениям 6, 7, 8 к настоящим Правилам;
санитарного надзора за условиями труда, размещения и питания спецконтингента;

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

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

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

1) врач-терапевт должен:

собрать анамнез, особенно в отношении перенесенных инфекционных заболеваний; провести обследование состояния внутренних органов;

выдать направление на общеклинические лабораторные анализы и флюорографическое обследование. При наличии в анамнезе перенесенных кишечных заболеваний указать об этом в сопроводительном документе для проведения контрольного лабораторного исследования.

2) врач-дерматовенеролог должен:

тщательно осмотреть кожные, волосяные покровы, ногтевые пластинки, видимые слизистые, в том числе в области гениталий с помощью зеркал (у ж е н щ и н) ;

пропальпировать региональные лимфатические узлы; произвести забор материала из уретры (у мужчин соскобом), цервикального канала и заднего свода влагалища, а по показаниям - и из прямой кишки на наличие гонококка, трихомонады и других патогенных микроорганизмов; исследование крови на сифилис (микрореакции);

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

3) врач-стоматолог должен:

тщательно осматривать состояние красной каймы губ, полости рта, пародонта на наличие кариеса, неудаленных корней, свищевых ходов, пародонтита и пародонтоза.

4) врач-отоларинголог должен:

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

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

106. По окончании всех необходимых видов медицинского обследования и при отсутствии противопоказаний врачи-специалисты дают заключение и ставят отметку «допуск к работе» в личной медицинской книжке установленного образца, утвержденную Министерством здравоохранения Республики Казахстан о допуске к работе (далее - личная медкнижка). В случае диагностирования перечисленных в нижеуказанном абзаце заболеваний и бактерионосительства, препятствующих работе на объектах учреждений, они должны сообщить об этом в подразделения государственного санитарно-эпидемиологического надзора Комитета УИС Министерства юстиции (далее - ПГСЭН) и направить больного для лечения в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение.

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

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

Администрация учреждения должна обеспечить своевременное прохождение работниками обязательных периодических медицинских осмотров в соответствии с планом-графиком, который утверждается руководством учреждения.

У каждого работника, подлежащего медицинскому осмотру, должна быть личная медкнижка, приобретаемая за свой счет.

Личные медкнижки работников по прохождению медицинского осмотра хранятся в медицинской части учреждения.

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

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

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

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

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

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

8. Лечебно-профилактическая помощь в воспитательных колониях

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

Профилактическое обследование органов грудной клетки у несовершеннолетних проводится только флюорографически.

111. Начальник медицинской части, входящий в состав комиссии, принимающей вновь поступающих осужденных несовершеннолетних, дает рекомендации по рациональному трудоустройству, направлению на

профессиональное и общеобразовательное обучение.

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

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

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

113. Медицинские работники учреждения проводят отбор подростков, нуждающихся по состоянию здоровья в оздоровительном режиме, медицинском наблюдении и усиленном питании, в оздоровительные группы, создаваемые при стационарах медицинских частей.

В оздоровительные группы направляются подростки: физически ослабленные и имеющие вес ниже нормы; перенесшие различные тяжелые заболевания, травмы, хирургические операции; имеющие отклонения в состоянии здоровья стойкого характера, отнесенные к специальной группе учета и подлежащие постоянному диспансерному наблюдению. Начальник медицинской части составляет список лиц, зачисляемых в оздоровительную группу, и утверждает его у начальника учреждения. Срок пребывания в оздоровительной группе определяется врачом и составляет до 30 дней. При наличии медицинских показаний он может продлеваться. На этот период осужденные содержатся в стационаре медицинской части. Режим дня им определяет начальник медицинской части. Они могут посещать школу, а трудовое использование их осуществляется по типу трудовой терапии. Проводятся занятия по лечебной и физической культуре под контролем медработника.

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

114. Для оказания специализированной медико-санитарной помощи осужденным несовершеннолетним проводится:

закрепление воспитательных колоний по месту их дислокации к областным, городским, центральным районным больницам для оказания квалифицированной консультативной и стационарной медицинской помощи осужденным

несовершеннолетним подросткам;

оказание уполномоченными органами здравоохранения практической помощи медицинским службам управлений УИС в проведении двух раз в год профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних осужденных врачами-специалистами: отоларингологом, окулистом, невропатологом, хирургом, стоматологом, психиатром с выполнением необходимых лабораторных и функциональных исследований, а также двукратного флюорографического обследования;

обеспечение уполномоченными органами здравоохранения оказания консультативной и методической помощи медицинским службам управлений УИС в организации и осуществлении диспансерного наблюдения за лицами, с выявленными заболеваниями. В проведении им лечебно-профилактических мероприятий в полном объеме, с участием врачей-специалистов: дерматовенеролога, фтизиатра, а также нарколога для проведения принудительного лечения подростков, больных хроническим алкоголизмом и наркоманией;

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

оказание уполномоченными органами здравоохранения помощи медицинским службам департаментов УИС в укомплектовании кадрами медицинских частей учреждений.

115. При наличии в штатах медицинской части подросткового врача-терапевта лечение больных проводится только с такими заболеваниями, лечение которых может быть завершено в течение двухнедельного срока пребывания в условиях стационара. Лица с заболеваниями, требующими более длительного срока стационарного лечения, подлежат направлению в ближайший стационар медицинской организации.

При отсутствии в штатах врача-терапевта пребывание больного в условиях стационара медицинской части, как правило, ограничивается тремя сутками, затем больной подлежит направлению в больницу.

116. Амбулаторное лечение осуществляется в условиях учреждения врачом-психиатром-наркологом или начальником медицинской части.

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

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

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

9. Порядок осуществления медицинской помощи женщинам

117. Задачами медицинской части учреждения по медицинскому обеспечению женщин являются:
предупреждение осложнений беременности, родов и послеродового периода;
антенатальная (внутриутробная) охрана плода;
профилактика и лечение гинекологических заболеваний.

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

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

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

питание беременных женщин и кормящих матерей.

119. Родовспоможение беременным женщинам, содержащимся в следственных изоляторах, оказывается в родильных домах медицинских организаций, по месту расположения следственного изолятора.

Родильные отделения организуются при женских ИУ, имеющих Дома ребенка, и являются составной частью медицинских частей. Родовспоможение беременных женщин, содержащихся в ИУ, осуществляется в родильных домах медицинских организаций. В случае рождения ребенка в ИУ категорически запрещается указывать место рождения - ИУ.

120. В соответствии с действующим законодательством женщинам перечисляется единовременное пособие по уходу за ребенком на их личные счета.

121. Все беременные подлежат диспансерному наблюдению. Беременные с акушерской патологией или экстрагенитальными заболеваниями выделяются в группы "риска".

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

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

Посещения к врачу акушеру-гинекологу назначаются:

I половина беременности - 1 раз в месяц;

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

после 30 недель беременности еженедельно;

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

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

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

физическая подготовка групповым методом по специальному комплексу упражнений;

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

психопрофилактическая подготовка к родам - еженедельно (6 занятий);

с 14-16 недель беременности обучение в "школе матерей".

Госпитализации в медицинские организации для обследования и лечения подлежат женщины:

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

при экстрагенитальных заболеваниях (пороки сердца, гипертоническая болезнь, гипертиреоз, диабет, анемия, лейкоз, цистит);

практически здоровые женщины, у которых течение родов может быть осложненным (рубец на матке, поперечное или косое положение плода,

многоплодная беременность, внутриутробная смерть плода, миома матки);
при невозможности в амбулаторных условиях уточнить диагноз заболевания,
о с л о ж н е н и я .

122. После выписки из акушерского стационара медицинские осмотры
п р о и з в о д я т с я :

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

При первом медицинском осмотре изучаются данные акушерского
стационара, выявляются жалобы, влагалищное исследование производится по
показаниям. Проводится беседа о соблюдении правил личной гигиены.
Консультативные осмотры врачами-специалистами назначаются в случае
н е о б х о д и м о с т и .

При втором - выявляются жалобы, назначаются лабораторные исследования
п о п о к а з а н и я м .

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

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

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

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

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

При выявлении заболеваний (или подозрении на их наличие) врач проводит:
с б о р а н а м н е з а ;
общий и гинекологический осмотр больных;
взятие мазков для бактериологического и цитологического исследований.

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

Женщины, имеющие заболевания, лечение которых невозможно в стационаре
медицинской части, направляются на стационарное лечение в стационары
м е д и ц и н с к и х о р г а н и з а ц и й .

Согласно Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе

здравоохранения» (далее - Кодекс) женщина имеет право на искусственное прерывание беременности. При направлении в стационар для искусственного прерывания проводить необходимое обследование согласно Правилам проведения искусственного прерывания беременности, утвержденных приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 30 октября 2009 года № 626.

126. Абсолютными противопоказаниями для искусственного прерывания беременности являются:

острая и подострая гонорея;
острые и подострые воспалительные процессы любой локализации;
острые инфекционные заболевания.

127. Гинекологические больные подлежат регулярному наблюдению и осмотру.

Стационарному лечению подлежат женщины со злокачественными новообразованиями женских половых органов, с нарушением функции репродуктивной системы (нарушение овариально-менструального цикла, дисфункциональные маточные кровотечения, эндометриоз), а также с доброкачественными новообразованиями, требующих оперативного вмешательства, воспалительные заболевания женских половых органов в стадии обострения, патологический климакс.

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

10. Оказание медицинской помощи для детей осужденных женщин, содержащихся в Доме ребенка

128. Дом ребенка является детским учреждением для содержания и воспитания детей осужденных женщин.

Дом ребенка организуется при женских ИУ.

Дом ребенка размещается за зоной или выгораживается из жилой зоны. Занимаемые Домом ребенка земельные участки отгораживаются, оборудуются изолированными друг от друга площадками (по количеству групп) для проведения прогулок и сна детей на свежем воздухе в течение круглого года.

В Доме ребенка воспитываются новорожденные и дети в возрасте до трех лет.

Все новорожденные дети подлежат своевременной регистрации в ЗАГСе с оформлением на каждого ребенка свидетельства о рождении. В пятидневный срок в ЗАГСе производится регистрация случаев мертворождения и смертей новорожденных, умерших на первой неделе жизни (0-7 суток или 0-168 часов

после рождения). На каждого ребенка (плод) заполняется свидетельство о перинатальной смерти.

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

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

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

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

Распределение детей по возрастам в группах:

первая группа - до 10 месяцев (с выделением подгруппы детей до 4 месяцев);

вторая группа - от 10 месяцев до 1,5 лет;

третья группа - от 1,5 лет до 3 лет.

В первой и второй группах число детей не должно превышать 10, в третьей - не более 13.

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

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

131. Медицинский персонал Дома ребенка должен обеспечивать: рациональное вскармливание детей до 1 года и полноценное питание детей старше 1 года;

проведение профилактических прививок детям в декретированные возрастные периоды;

проведение закаливающих процедур, физкультурных занятий;

проведение мероприятий, связанных с организацией работы карантина, изоляцию заболевших детей в доме ребенка;

санитарно-просветительную работу с матерями и персоналом Дома ребенка; учет и отчетность.

132. Рациональное вскармливание детей до 1 года организуется в установленном порядке. При этом медицинские работники должны:

максимально сохранять грудное вскармливание;

своевременно переводить ребенка на смешанное и искусственное вскармливание в случае недостатка грудного молока;

с учетом возраста и индивидуальных особенностей ребенка вводить в рацион соки, фруктовое пюре, витамины, различные виды прикорма; осуществлять строгий контроль соответствия получаемого ребенком питания его физиологическим потребностям в основных пищевых ингредиентах; учитывать состояние здоровья и индивидуальные особенности ребенка, условия питания, окружающей среды.

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

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

133. Профилактические прививки проводятся в соответствии с санитарными правилами и нормами. При этом выполняются следующие мероприятия: планирование прививочной работы на год, квартал, месяц; осмотр детей в день прививки с обязательной термометрией; соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий правил асептики (отдельный кабинет, стерилизация прививочного инструментария); четкая регистрация проведенных профпрививок с определением продолжительности медицинского отвода.

134. Закаливание проводится с соблюдением следующих условий: учет индивидуальных особенностей ребенка при выборе метода закаливания; комплексное использование всех природных факторов и закаливающих процедур; постепенность в увеличении силы воздействия природного фактора; систематичность закаливания осуществляется круглый год, но виды его и методики меняются в зависимости от сезона и погоды; спокойное, радостное настроение ребенка во время закаливающей процедуры.

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

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

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

135. Все вновь поступающие в дом ребенка дети подлежат немедленному и тщательному врачебному освидетельствованию.

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

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

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

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

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

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

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

Карантинное помещение должно иметь приемную из 2-3 полубоксов, комнаты для содержания детей вместе с матерями (площадью не менее 4 кв. м. на 1 ребенка и 2 кв. м на мать), ванную, туалет со сливом, веранду и отдельную площадку для прогулок детей.

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

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

Дети, рожденные от матерей, больных или болевших сифилисом, не

имеющих активных проявлений заболевания, даже при отрицательной реакции Вассермана подвергаются обязательному профилактическому лечению.

137. Отделение для изоляции детей с заразными формами заболеваний, организуемое на количество коек в размере 15 % от числа мест в доме ребенка, должно быть размещено в изолированном от групп помещении, и иметь отдельный вход. Оно состоит из приемной, 1-2 боксированных палат (площадью не менее 4 кв. м на 1 ребенка), санузла, ванны и бокса для временной изоляции ребенка. При отделении должна быть веранда, а также озелененный участок для прогулки детей.

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

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

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

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

141. О каждом случае инфекционного заболевания начальник дома ребенка в тот же день сообщает начальнику медицинской части учреждения. В отношении детей, имевших контакт с инфекционными больными, проводятся все необходимые противоэпидемические мероприятия. Они выделяются в отдельную группу и размещаются в отдельном помещении.

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

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

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

143. Администрация колонии обеспечивает условия, необходимые для

нормального проживания и развития детей. Осужденные женщины могут помещать в дома ребенка исправительных учреждений своих детей в возрасте до трех лет, общаться с ними в свободное от работы время без ограничений. Им может быть разрешено совместное проживание с детьми.

Если ребенку, содержащемуся в доме ребенка исправительного учреждения, исполнилось три года, а матери до окончания срока отбывания наказания осталось не более года, администрация учреждения может продлить время пребывания ребенка в доме ребенка до дня окончания срока отбывания н а к а з а н и я м а т е р ь ю .

144. С согласия осужденных женщин их дети могут быть переданы родственникам или по решению органов опеки и попечительства иным лицам либо по достижению детьми трехлетнего возраста направлены в соответствующие детские учреждения.

Родственнику, принявшему ребенка на воспитание, вручается копия акта о передаче ребенка, медицинское свидетельство о рождении, выписка из истории развития ребенка, в которой указывается состояние здоровья ребенка, произведенные профилактические прививки и перенесенные заболевания.

145. В случаях, когда дети не могут быть взяты на воспитание родственниками осужденных, начальники домов ребенка за 2-3 месяца извещают органы здравоохранения о предстоящей передаче детей в их детские учреждения.

По решению органов опеки и попечительства, при согласии матери дети могут передаваться на воспитание иным лицам.

Дети, имеющие органическое поражение центральной нервной системы, врожденные уродства и другие заболевания, не подлежащие направлению в дома ребенка общего профиля, передаются в специальные дома ребенка или лечебные учреждения органов здравоохранения.

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

147. При освобождении женщин, имеющих при себе детей, им на руки выдаются под расписку медицинское свидетельство о рождении ребенка и выписка из истории развития ребенка, в которой должна быть информация о состоянии здоровья ребенка, профилактических прививках и перенесенных з а б о л е в а н и я х .

Если при освобождении женщины ребенок болен и нуждается в госпитализации, то с согласия матери он помещается с ней в ближайший стационар медицинской организации.

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

148. Контроль за проведением противоэпидемических мероприятий, санитарно-эпидемиологический надзор за колонией-поселением (далее - КП) осуществляют санитарная служба ГСЭН территориальных Департаментов УИС.

149. В случае выявления инфекционных больных, экстренные извещения для осуществления учета и проведения противоэпидемических мероприятий медицинской частью (здравпунктом) передаются в территориальные органы Г о с с а н э п и д н а д з о р а .

150. Для оказания медицинской помощи осужденным в составе КП функционируют медицинские части (медпункты). В состав медицинской части входит амбулатория и стационар. В стационаре помимо палат должен быть санпропускник (раздевальная, ванна) и изолятор на 1-2 койки с умывальником и туалетом, комната для приема пищи. Норма площади палат не менее 4 кв. м. на о д н у к о й к у .

151. Осужденные, содержащиеся в КП больные туберкулезом, обеспечиваются бесплатным лечением в противотуберкулезных диспансерах органов здравоохранения. Обследование осужденных и консультации специалистов могут проводиться на базе медицинских организаций (по согласованию). В случае необходимости квалифицированного стационарного лечения они госпитализируются в стационары медицинских организаций, в рамках гарантированного объема оказания медицинской помощи.

12. Оказание медицинской помощи спецконтингенту при перевозках и освобождении из мест лишения свободы

152. Перед отправкой из учреждения спецконтингент проходит обязательный медицинский осмотр для определения пригодности к условиям наряда.

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

153. При перевозках тяжелобольных осужденных для их сопровождения выделяются медицинские работники. При наличии среди отправляемых осужденных больных, нуждающихся в квалифицированной медицинской помощи, для сопровождения может выделяться врач. Заключение о необходимости сопровождения осужденных больных выносит начальник медицинской части направившего учреждения. Начальник караула этапного вагона обязан принимать осужденных, у которых на сопроводительном листе указано заключение врача о возможности этапирования.

154. Медицинский персонал, выделенный для сопровождения осужденных,
д о л ж е н :

участвовать в приеме караулом осужденных, за несколько часов до посадки осужденных в вагон совместно с начальником вагона и представителем медицинской службы железной дороги проверить санитарное состояние и оборудование вагонов (наличие нар, стремянок, фонарей, печей, посуды для приема пищи, бачков для воды), наличие и качество продуктов, тары, предназначенной для хранения продуктов;

оказывать медицинскую помощь осужденным, обслуживающему персоналу и личному составу войскового караула в пути следования;

при выявлении больных, заболевших в пути следования и нуждающихся в квалифицированной врачебной помощи, или возникновении острозаразных заболеваний, через начальника вагона принять меры к их госпитализации в ближайшую больницу УИС или медицинскую организацию и проведению необходимых противоэпидемических мероприятий силами учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора органов здравоохранения, ГСЭН органов юстиции; по прибытии к месту назначения участвовать в сдаче осужденных, имущества и в оформлении документации.

155. Оказание необходимой медицинской помощи в пути следования военнослужащим войсковых караулов, а также конвоируемым ими осужденным, при отсутствии сопровождающих медицинских работников, производится силами ближайших медицинских организаций по телеграммам начальников
в о й с к о в ы х к а р а у л о в .

156. Направление лица, отказывающегося от приема пищи, на судебный процесс, в следственные органы и места лишения свободы производится отдельно от основной массы спецконтингента (в отдельной камере специального вагона или специальной машины) в сопровождении медицинского работника.

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

157. По фактам некачественного медицинского осмотра перед отправкой или необоснованного отказа в приеме больного в лечебные учреждения УИС, проводится расследование, виновные в этом должностные лица привлекаются к
о т в е т с т в е н н о с т и .

158. Перевозка женщин с беременностью свыше 6 месяцев или с детьми в возрасте от одного месяца до двух лет, душевнобольных и тяжелобольных производится в специальных вагонах, изолированно от остальных осужденных, в сопровождении медицинских работников, выделяемых органами-отправителями.

При следовании медицинских работников в специальных вагонах им предоставляется для отдыха малая камера (место в купе проводника) и постельные принадлежности. При отсутствии необходимости в постоянном медицинском наблюдении за осужденным, о чем должна быть сделана отметка на справке по его личному делу, допускается следование медицинских работников в соседнем вагоне.

159. Периодичность посещения ими сопровождаемых, определяется органом-отправителем. Перевозка осужденных, больных лепрой, осуществляется в специально оборудованных вагонах.

160. При освобождении из учреждения лицо, нуждающееся в стационарном лечении, госпитализируется в стационары медицинской организации. Перед освобождением из мест лишения свободы, а также перед направлением в КП и условно-досрочным освобождением, в целях исключения инфекционного заболевания, а также для решения вопроса о возможности самостоятельного следования к месту жительства осужденный должен пройти медицинский осмотр с обязательным проведением флюорографического и клинико-лабораторных обследований, последующей санитарной обработкой. Результаты осмотра заносятся в медицинскую карту амбулаторного больного.

161. При направлении осужденных в КП проводится осмотр их ВКК медицинского подразделения учреждения. Результаты фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного, к личному делу приобщается медицинская справка. По заключению осмотра дается справка ВКК о состоянии здоровья согласно приложению 13 к настоящим Правилам. Не подлежат переводу в КП инвалиды I, II, III группы и лица, в отношении которых не завершено принудительное лечение, состоящие на диспансерном наблюдении с психиатрической патологией, находящиеся на диспансерном наблюдении по поводу хронических заболеваний, препятствующими полному объему трудового использования, больные активным туберкулезом, а также лица, наблюдающиеся по диспансерным группам учета по туберкулезу с большими остаточными изменениями, больные СПИДом 3-4 клинической стадии, больные инфекционными заболеваниями в острой стадии, системными заболеваниями, приводящими к инвалидности.

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

163. Труп умершего при этапировании осужденного и его вещи сдаются в

ближайший орган внутренних дел на транспорте. Служебное расследование в данном случае проводится в обязательном порядке.

164. При освобождении из мест лишения свободы лиц, нуждающихся в направлении в дома-интернаты для престарелых и инвалидов, администрация учреждения должна не позднее, чем за 3 месяца до освобождения представить в местные органы социального обеспечения необходимые документы на указанных лиц для помещения их после освобождения в соответствующие дома-интернаты.

13. Организация скорой неотложной медицинской помощи в местах лишения свободы

165. Одной из основных функций медицинской части является организация и оказание неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях, отравлениях, травмах и иных состояниях. Порядок оказания неотложной медицинской помощи определяется начальником медицинской части в зависимости от распорядка работы учреждения, имеющихся в распоряжении штатных сил и средств, особенностей дислокации учреждения по отношению к ЛПУ УИС и территориальным органам здравоохранения, иных местных условий, утверждается начальником учреждения и доводится до сведения всех заинтересованных лиц. При необходимости больные для оказания неотложной медицинской помощи могут быть вывезены в медицинские организации территориального органа здравоохранения, которые регистрируются в журнал вывозов медицинские организации территориального органа здравоохранения согласно приложению 14 к настоящим Правилам.

Неотложная медицинская помощь может оказываться в объеме первой помощи, доврачебной, первой врачебной и квалификационной медицинской п о м о щ и .

Ответственность за своевременность вызова медработника или скорой медицинской помощи в часы, когда распорядком работы не предусмотрено нахождение в учреждении медицинского персонала, а также за обеспечение экстренной эвакуации больного транспортом и конвоем несет дежурный помощник начальника учреждения.

Амбулатория должна быть готова для оказания неотложной медицинской помощи в любое время суток. Для этого в процедурной и перевязочной (операционной) следует иметь в постоянной готовности лекарственные препараты , применяемые для оказания неотложной помощи при острых состояниях, стерильный хирургический инструментарий, одноразовые шприцы, стерильный п е р е в я з о ч н ы й м а т е р и а л .

Медицинские работники должны в совершенстве знать правила и методы оказания неотложной медицинской помощи.

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

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

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

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

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

Учет лекарственных средств осуществляется в соответствии с Правилами учета лекарственных средств, утвержденных приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2008 года № 216.

Наркотические лекарственные средства хранятся только в оборудованном охранной сигнализацией специальном помещении административного здания учреждения, в металлическом сейфе под замком, в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 10 ноября 2000 года № 1693 "Об утверждении правил осуществления государственного контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров Республики Казахстан". Отпуск их производится строго по медицинским показаниям с соответствующей записью в журнале учета наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров согласно приложению 15 к настоящим Правилам.

14. Оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

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

169. С учетом транспортабельности больной госпитализируется в ближайшую больницу соответствующего профиля.

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

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

Стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь оказывается при заболеваниях, требующих постоянного врачебного наблюдения, интенсивного круглосуточного ухода, комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных методов обследования и лечения с использованием новейших медицинских технологий. В ЛПУ УИС, оказывающих стационарную помощь, могут создаваться стационарозамещающие отделения
д н е в н о г о п р е б ы в а н и я .

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

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

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

172. Начальник учреждения обеспечивает развертывание положенных по штату коек и их эффективное использование.

173. На каждого больного ведется медицинская карта стационарного больного, установленного образца, утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения».

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

Все зарегистрированные смертные случаи лиц, содержащихся в учреждениях УИС регистрируются в журнале регистрации смертных случаев согласно приложению 16 к настоящим Правилам.

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

Осужденные к наказанию в виде ареста, госпитализированные в МСЧ, содержатся изолированно от следственно-арестованных и осужденных, следующих транзитом.

175. Все больные, поступающие в стационар, проходят обязательную санитарную обработку. В зависимости от состояния больного санитарная обработка может быть полной или частичной. При необходимости белье больного подвергается дезинфекции. Одежда и обувь хранятся в специально выделенном помещении стационара, нательное белье больного сдается в стирку, и при выписке возвращается ему.

Во время пребывания в стационаре больной должен пройти обследование. При необходимости на консультацию привлекаются врачи-специалисты медицинских организаций территориальных органов здравоохранения (по согласованию). Плановые консультации осуществляются по графику, а в неотложных случаях - в любое время суток.

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

Начальник медицинской части осматривает больного не реже одного раза в

неделю и в обязательном порядке - в первый день поступления больного и перед
в ы п и с к о й .

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

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

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

Хирургическое вмешательство, переливание крови, ее компонентов, и применение инвазивных методов диагностики применяются с письменного
с о г л а с и я б о л ь н ы х .

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

В случаях, когда промедление выполнения хирургического вмешательства, переливания крови и ее компонентов, инвазивных методов диагностики угрожает жизни больного, а получить согласие больного или его законных представителей не представляется возможным, решение принимает врач или консилиум с последующим информированием больного или его законных представителей о
п р и н я т ы х м е р а х .

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

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

взятия анализов, необходимых для диагностики заболевания. В палате своевременно должна проводиться текущая и заключительная дезинфекция. Медицинский персонал в палате пользуется специально выделенными халатами и строго соблюдает все правила личной гигиены.

178. В стационаре медицинской части круглосуточно должен находиться дежурный санитар. Количество дежурного персонала устанавливает начальник медицинской части.

15. Оказание стационарной медицинской помощи осужденным, больным соматическими заболеваниями и страдающим психическими расстройствами в ЛПУ УИС

179. Квалифицированная медицинская помощь, оказывается многопрофильными больницами, по направлению специалистов медицинской части. По медицинским показаниям пациент может переводиться в соответствующую территориальную больницу, специализированную медицинскую организацию для получения специализированной или высокоспециализированной медицинской помощи.

При направлении осужденных, страдающих соматическими, психическими заболеваниями (далее - больные), на стационарное лечение начальник учреждения, в котором находится осужденный, предварительно запрашивает разрешение (наряд) на госпитализацию в Комитете уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан согласно приложению 17 к настоящим Правилам.

180. Одновременно с запросом высылается подробный выписной эпикриз из медицинской документации осужденного с указанием всех сопутствующих заболеваний и заключением начальника медицинской части учреждения о необходимости стационарного лечения согласно приложению 18 к настоящим Правилам. В заключении указываются анамнестические и клинические данные, свидетельствующие о наличии заболевания. При направлении психически больных дополнительно высылается заключение врача-психиатра учреждения о необходимости стационарного лечения, сведения о том, наблюдался ли осужденный ранее в психоневрологическом диспансере, проходил ли ранее амбулаторную или стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

Согласие больного на госпитализацию обязательно (кроме случаев, определенных статьей 94 Кодекса), в случае отказа от госпитализации у больного берется заявление на имя начальника учреждения об отказе, которое хранится в истории болезни или амбулаторной карте осужденного согласно приложению 19 к настоящим Правилам. Если больной, в силу своего состояния не способен

адекватно оценить свое состояние, госпитализация осуществляется по медицинским показаниям.

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

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

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

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

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

184. Больные помещаются на стационарное лечение при наличии:

1) заключения начальника медицинской части органа-отправителя о необходимости стационарного лечения;

2) заключение врача-психиатра о необходимости проведения обследования и лечения в психиатрической больнице;

3) разрешения (наряда) Комитета УИС;

4) личного дела осужденного с медицинской документацией и финансовой справкой об имеющихся наличных деньгах у осужденного, на основании которой бухгалтерия открывает лицевой счет для приобретения предметов первой необходимости.

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

186. Охрана осужденных к лишению свободы, госпитализированных в

медицинские организации системы здравоохранения, осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

187. Перевод осужденных из СИ в ЛПУ УИС Министерства юстиции Республики Казахстан проводится по закреплению Комитета УИС.

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

189. Освидетельствование больных женщин и подростков мужского и женского пола Специальной медицинской комиссией и представление материалов в суд, для освобождения от отбывания наказания в связи с болезнью, производится по месту их содержания.

16. Восстановительное лечение и медицинская реабилитация.

Экспертиза временной трудоспособности

190. Экспертизу временной нетрудоспособности в учреждении осуществляет врач медицинской части, больницы. Задачей экспертизы временной нетрудоспособности в учреждениях является определение у осужденных временной утраты трудоспособности, в случае выявления у лиц стойкого нарушения функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами, их направляют на ВКК.

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

Лечащий врач имеет право выдавать лист и (или) справку временной нетрудоспособности единовременно на три календарных дня (в период повышенной заболеваемости населения гриппом - на шесть дней по приказу уполномоченного органа в области охраны здоровья осужденных) и с общей продолжительностью не более шести календарных дней. Продление листа временной нетрудоспособности свыше шести дней и всякое последующее продление производится лечащим врачом по заключению ВКК.

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

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

192. При острых заболеваниях с благоприятным трудовым прогнозом освобождение выдается до восстановления трудоспособности. При острых

заболеваниях с склонностью к переходу в хроническое состояние освобождение от работы выдается до того времени, пока трудовой прогноз не станет благоприятным. При неблагоприятном или сомнительном прогнозе больного ВКК направляет для освидетельствования на медико-социальную экспертизу (далее - МСЭ). В случае, если нет оснований для установления инвалидности, но имеется частичное ограничение трудоспособности, больной по заключению врача переводится на другую работу.

193. Первичное освидетельствование и переосвидетельствование в установленные сроки в МСЭ лиц, содержащихся в учреждениях УИС, проводятся на общих основаниях.

194. Врачи ЛПУ лицу, содержащемуся в учреждениях УИС, после проведения комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оформляют направление на МСЭ.

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

196. В заседании МСЭ принимают участие представители администрации.

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

197. Все поступившие в учреждение в обязательном порядке осматриваются на наличие телесных повреждений.

198. О каждом факте медицинского освидетельствования на наличие телесных повреждений (в результате производственных травм, несчастных случаев и т.д.) медицинский работник сообщает рапортом начальнику учреждения, который немедленно передается дежурному помощнику начальника учреждения.

199. При обнаружении телесных повреждений администрация учреждения в обязательном порядке извещает территориальные органы Прокуратуры Республики Казахстан в суточный срок о фактах причинения телесных повреждений лицам, находящимся в следственных изоляторах и исправительных учреждениях, а также обратившихся с жалобой о причинении им телесных повреждений. Все зарегистрированные факты регистрируются в журнал регистрации случаев травматизма согласно приложению 20 к настоящим

П р а в и л а м .

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

200. Мероприятия по предупреждению телесных повреждений, травм и отравлений среди спецконтингента проводятся всеми службами.

201. Для предупреждения телесных повреждений, травм и отравлений проводится постоянный контроль со стороны начальников учреждений, служб и медицинских работников за выполнением требований актов Республики Казахстан по обеспечению должного содержания спецконтингента, правильного их трудового использования, по предупреждению травм и отравлений, и несчастных случаев;

систематическое проведение начальниками служб занятий с подчиненными по выполнению требований приказов и инструкций; трудовое использование спецконтингента в соответствии с их квалификацией и состоянием здоровья;

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

технический инструктаж и оформление допуска к определенным видам работ; санитарно-просветительная работа;

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

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

202. По плану работы медицинской части учреждения медицинскими работниками осуществляется медицинский контроль за санитарно-гигиеническими условиями труда спецконтингента, выполнением правил охраны труда и производственной санитарии, наличием и укомплектованностью аптек и санитарных сумок, состоянием питьевого водоснабжения на производстве, наличием спецодежды, санитарным состоянием территории, рабочих мест. Результаты проверок оформляются актами обследований и предписаниями в адрес администраций цехов, участков и объектов трудоустройства спецконтингента с указанием конкретных сроков устранения выявленных недостатков. В случае выявления грубых нарушений

санитарно-гигиенических правил на производстве результаты обследования докладываются непосредственно руководству учреждения для принятия немедленных мер к их устранению. При непринятии мер по устранению недостатков начальник медицинской части докладывает вышестоящему медицинскому руководителю.

203. Производственные объекты обеспечиваются медицинским обслуживанием в следующем порядке:

1) на ряде объектов организуются здравпункты, обеспечение которых медицинским имуществом и медикаментами осуществляется за счет хозяйственного органа или производства учреждения;

2) все цехи, самостоятельные участки, мастерские и объекты трудоустройства спецконтингента оснащаются аптечками первой помощи. За сохранность и своевременное пополнение аптечек несут ответственность начальники цехов, участков, мастера. Пополнение аптечек осуществляют медицинские работники за счет производства;

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

4) если пострадавший на производстве нуждается в оказании срочной врачебной помощи, организуется доставка его в медицинскую часть или ближайшее лечебное учреждение.

204. Каждый несчастный случай, связанный с производством, вызвавший у работника (работников) потерю трудоспособности не менее одного дня, в соответствии с медицинским заключением (рекомендацией) оформляется актом о несчастном случае на производстве в соответствии с Трудовым Кодексом Республики Казахстан, а также приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 3 марта 2009 года № 74-П «Об утверждении форм документов связанных с несчастным случаем на производстве».

Акт о несчастном случае оформляется в соответствии с материалами расследования. Акт с материалами расследования о производственной травме, профессиональном заболевании или отравлении приобщается к личному делу осужденного в установленном порядке. Случаи профессиональных отравлений и заболеваний расследуются в установленном порядке.

Расследование несчастного случая с тяжелым или со смертельным исходом, группового несчастного случая острого профессионального заболевания (отравления) работников оформляется специальным актом расследования несчастного случая в соответствии с действующим законодательством.

Если специальным расследованием установлено, что смерть или потеря им трудоспособности явились результатом действий (драка, членовредительство, убийство и прочее), связанных с нарушением пострадавшим режима содержания или отравлением от умышленного употребления в целях опьянения различных технических жидкостей (лаков, красок, растворителей и прочее), содержащих токсические вещества, и не связанных с производственным процессом, то акт не составляется.

П р и л о ж е н и е 1

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

**Ж У Р Н А Л
первичного опроса и регистрации оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в специальных учреждениях (ИВС, ПР, СПА)**

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	возраст	Дата поступления	жалобы	При поступлении выявлено	Время вызова и прибытия медицинского работника	Характер оказанной медицинской помощи	Госпитализация, наименование лечебно-го учреждения	Рекомендации	Подпись дежурного по специальному учреждению	примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

П р и л о ж е н и е 2

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

**Ж у р н а л
регистрации обращения в кабинет медицинского работника
специального учреждения за _____ 200_ г.**

№ пп	Дата и час вызова или	Ф.И.О. больного, год рождения	№ камеры	По какому поводу	Вызов первичный,	Жалобы на состояние здоровья в момент обращения, общее

1	2	3	4	5	6	7
Сведения об оказании первичной медицинской помощи, а также кем и когда, куда больной или вызвана мед. помощь, вызова и прибытия.		Отметки врача бригады скорой медпомощи о дальнейшей возможности содержания в ИВС, в случае оставления больного		повторный, посещение активное		состояние объективные данные. Диагноз
8	9				10	

П р и м е ч а н и е :

1. Журнал ведется медицинским работником.
2. В журнал заносятся все лица без исключения, обратившиеся в кабинет медицинского работника за медицинской помощью.
3. Заполнение всех граф журнала обязательно. Записи ведутся аккуратно, разборчиво и затушевывание записей не допускается.
4. Листы журнала должны быть пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью.
5. Использованные журналы хранятся в специальном учреждении в течение пяти лет со дня внесения последней записи, а затем уничтожаются в установленном порядке.

П р и л о ж е н и е 3

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

М е д и ц и н с к и й ж у р н а л

(заводится для медицинских вытрезвителей)

И н в . № _____

Начат " _____ " _____ 20____ г.

Окончен " _____ " _____ 20____ г.

1 . _____ Н о м е р _____ п о _____ п / п

2 . _____ Ф . И . О . _____ помещенного

3 . _____ С о с т о я н и е _____

5. Время вызова и время прибытия скорой мед. помощи, № бригады

6. Отметки работников органов здравоохранения о возможности
с о д е р ж а н и я в М В

7. Медицинская помощь оказанная работниками скорой помощи

8. Куда и кем госпитализован (направлен)

9. Диагноз, установленный в учреждениях органов здравоохранения

10. Ф.И.О., подпись дежурного медицинского работника

11. Заключение медицинского работника при выписке

Примечание: По окончании смены медицинский работник подводит итоги работы, делает соответствующую запись в данном журнале и расписывается по форме:

Дежурство сдал: _____

Дежурство принял: _____

П р и л о ж е н и е 4

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

Карта медицинского осмотра лиц, содержащихся в ЦВИАРН
Карта медицинского осмотра № _____

(наименование органа внутренних дел)

Фамилия, имя, отчество _____

Пол _____ год рождения _____

Адрес _____

Жалобы при поступлении _____

Данные объективного осмотра: рост____, вес____, артериальное давление _ _ _ _ .

Данные по телесному осмотру (подробно описать кожные покровы на предмет повреждений, наличие рубцов, ссадин, следов от инъекций, наколок и так далее)_____

Данные обследования по органам и системам (костно-мышечный аппарат, сердечно-сосудистая система, легкие, ЖКТ, мочеполовая система)

Психоневрологический статус _____

Дата _____ направления :

1. на рентген-флюорографическое обследование _____

Результат _____

2. на ВИЧ - инфекцию _____,

результат _____

3. на сифилис _____, результат _____

Результаты других лабораторных исследований _____

Дата и данные заключительного осмотра _____

(фамилия, инициалы медицинского работника, заполнившего карту
медицинского осмотра, роспись)

П р и л о ж е н и е 5

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

Журнал приема этапа

Срок хранения - 3 года

№ п/п	Ф.И.О.	г.р.	дата прибытия	наличие телесных повреждений	диагноз	проведенное обследование (дата и результат)		
						РВ	ВИЧ	ФГ
1	2	3	4	5	6	7	8	9

П р и л о ж е н и е 6

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

П р и м е р н а я с х е м а

динамического наблюдения за больными терапевтического профиля

Нозологическая форма	Частота наблюдения	Осмотры врачами др. специальностей	Наименование и частота лабораторных других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
Гипертоническая болезнь	2-4 раза в зависимости от тяжести течения	Офтальмолог, невропатолог не реже 1 раза в год (по возможности)	Анализ мочи общий 2-4 раза в год, креатинин, глазное дно, ЭКГ – 1 раз в год	Коррекция факторов риска, ограничение в пище соли, насыщенных жиров. Трудовые рекомендации. Медикаментозная профилактика и терапия (тиазидовые диуретики, бетаблокаторы, периферические вазодилататоры и др.),

				гипотензивные средства по ступенчатой схеме. Примечание: ограничение потребления соли до 5 г в сутки
Ишемическая болезнь сердца (все ее формы кроме инфаркта миокарда)	4 раза в год в зависимости от функционального класса	Кардиолог, невропатолог 1 раз в год (по возможности)	Анализ крови – 1 раз в год. ЭКГ и функциональные пробы 2 раза в год в зависимости от функционального класса	Рекомендации по навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска. Медикаментозная профилактика и терапия (нитраты, бетаблокаторы, антагонисты кальция, дезагреганты) - по показаниям в зависимости от функционального класса и сопутствующих нарушений в виде монотерапии или в комбинации, постоянно или курсами
Состояние после острой пневмонии	3 раза в течение 6 месяцев	ЛОР, стоматолог 1 раз в год (по возможности)	Анализ крови, флюорография, анализ мокроты – 2 раза через 1 и 6 месяцев	Витаминотерапия, симптоматическая терапия, профилактика ОРВИ и гриппа, отказ от курения. При отсутствии прогрессирования процесса – снятие с диспансерного учета
Рецидивирующий бронхит	3 раза в год	ЛОР, стоматолог 1 раз в год, фтизиатр (по возможности)	Анализ крови, анализ мокроты, флюорография – 2 раза в год	Противорецидивная – 2 раза в год и при ОРВИ: витаминотерапия, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. Физиотерапия и фитотерапия, санация очагов инфекции. Отказ от курения

Бронхиальная астма	2-3 раза в год в зависимости от тяжести	Фтизиатр, стоматолог раз в год)	ЛОР, (1 Анализ крови, анализ мокроты – 2-3 раза в год, флюорография, ЭКГ – 2 раза в год. Больным с гормонозависимыми формами анализ крови и мочи на сахар 2 раза в год (по возможности)	Исключение контакта с аллергеном, антибактериальная терапия по поводу других заболеваний по строгим показаниям; профилактическая гипосенсибилизирующая терапия по показаниям; физиотерапия; дыхательная гимнастика. Профилактика ОРВИ и гриппа, санация очагов инфекций
Пневмония хроническая	3 раза в год	Стоматолог раз в год, фтизиатр, онколог по показаниям	1 год, по Анализ крови клинический 3 раза в год, флюорография, анализ мокроты, ЭКГ - 2 раза в год (по возможности)	Противорецидивное лечение 2-3 раза в год и ОРВИ: ингаляция антисептических растворов, аэрофитотерапия, общеукрепляющее и противовоспалительное лечение, симптоматические средства
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – хронический гастродуоденит с частыми обострениями, осложнениями – в стойкой ремиссии или редкими обострениями	3-4 раза в год 2 раза в год	Хирург, онколог по показаниям	2 раза в год, анализ кала на скрытую кровь при обострениях. Анализ желудочного сока 1 раз в 2-3 года. Рентгеновское исследование при обострении, гастродуоденоскопия	Диетотерапия. Противорецидивное лечение (при частых рецидивах 3-4 раза в год) комбинацией холинолитиков, антацидами или только блокаторами H2-рецепторов, гистамина, витамины группы В, С. При язве желудка – препараты вяжущего, обволакивающего и стимулирующими слизеобразование действия.

Хронический активный гепатит	3-4 раза в год		Билирубин, холестерин, общий анализ крови, осадочные АСТ, АЛТ 1 раз в год	Профилактическая терапия: витамины группы В, С по показаниям
Цирроз печени	4 раза в год, без отрицательной динамики – 2 раза в год		Анализ крови с подсчетом тромбоцитов 4 раза в год	Лечебно-профилактические мероприятия как при хроническом гепатите, симптоматическая терапия по показаниям
Состояние после перенесенного инфекционного гепатита	3 раза в год		Биохимические исследование крови: осадочные пробы, ферменты крови АСТ, АЛТ 1 раз в год	То же, что и при хроническом активном гепатите
Хронический панкреатит	1-4 раза в зависимости от тяжести течения	Хирург (по показаниям возможности)	Содержание сахара в крови и в моче натощак. Холецистография по показаниям	Профилактическое лечение 2-4 раза в год (спазмолитические или церукал, желчегонные, обволакивающие, вяжущие, витамины В, С; при показаниях – ферментные препараты).
Состояние после резекции желудка, холецистэктомии и других операций на органах пищеварения	1-2 раза в год	Онколог, хирург (по показаниям)	Анализ крови общий, рентгенологическое исследование по показаниям	По показаниям – ферментативная терапия, желчегонные, витамины группы В, С, противовоспалительные средства.
			Анализ крови клинический, общий анализ мочи 4 раза в год. Анализ мочи по	Максимальное исключение повреждающих факторов (лекарства, сыворотки, вакцины, охлаждения, инсоляции). Поддерживающая терапия после лечения острых

<p>Гломерулонефрит диффузный. формы. Пиелонефрит хронический</p>	<p>Все 4 раза в год</p>	<p>Стоматолог, ЛОР, акушер- гинеколог 1 раз в год</p>	<p>Нечипоренко, проба Зимницкого (при снижении относительной плотности мочи до 1015 в разовом исследовании мочи). Определение общего белка, мочевины в сыворотке крови (по возможности)</p>	<p>форм или обострений хронического нефрита дезагрегатами (кураптил) или кортикостериодами или цитостатиками. При хроническом пиелонефрите – профилактические курсы противо- инфекционных препаратов (5-НОК, невиграмон, фурадонин, ампициллин и др. чередую с фитопрепаратами)</p>
<p>Ревматизм</p>	<p>4 раза в год</p>	<p>ЛОР, стоматолог 1 раз в год</p>	<p>Анализ крови общий 4 раза в год, общий анализ мочи 2 раза в год, ЭКГ 2 раза в год (по возможности)</p>	<p>Медикаментозное лечение (нестероидные противовоспалительные препараты, препараты наперстянки, калия, мочегонные – по показаниям). Санация очагов инфекции</p>
<p>Ревматоидный артрит</p>	<p>2-4 раза в год</p>	<p>Стоматолог, ЛОР 1 раз в год</p>	<p>Анализ крови, мочи общий – 4 раза в год. При лечении препаратами золота, цитостатиками, Д-пенициллами- ном 2 раза в мес. общий анализ крови, ежемесячно число тромбоцитов, еженедельно общий анализ мочи. Рентгенография суставов 1-2 раза в год</p>	<p>Постоянный прием нестероидных противовоспалительных препаратов и базисных средств (делагил, препараты золота, Д-пеницилламин), физиотерапия 2 раза в год. Санация очагов инфекции. Внутрисуставное введение стероидов – по показаниям</p>

Болезнь Бехтерева	2-4 раза в год	Стоматолог, ЛОР, офтальмолог 1-2 раза в год (по возможности)	Общий анализ крови и мочи – 4 раза в год. Рентгенография костей таза, позвоночника и грудной клетки 1 раз в год. ЭКГ 1 раз в год	Постоянный прием нестероидных противовоспалительных препаратов (вольтарен, ортофен, индометацин). Рациональное трудоустройство
Деформирующий остеоартроз (с поражением крупных суставов)	2-3 раза в год		Общий анализ крови, мочи – 4 раза в год, ЭКГ – 1 раз в год. Рентгенография суставов 1 раз в год	При наличии болей и реактивного синовита – прием нестероидных противовоспалительных препаратов
Системная красная волчанка	При минимальной активности – 2 раза в год, при II степени активности – 4 раза в год	ЛОР, стоматолог, гинеколог, офтальмолог	Общий анализ крови и мочи 4-6 раза в год, число тромбоцитов 2 раза в год, при применении цитостатических препаратов – ежемесячный контроль анализов. ЭКГ – 1-2 раза в год. Рентгенография органов грудной клетки 2 раза в год	Медикаментозное лечение (глюкокортикоиды и цитостатики) в индивидуально подобранных дозах.
Системная склеродермия	2-4 раза в год	Стоматолог, ЛОР, невропатолог, гинеколог 1 раз в год	При лечении Д-пеницилламином, цитостатиками – общий анализ крови и мочи 1 раз в 4 недели. Рентгенография костей, грудной клетки 1 раз в год, ЭКГ 1 раз в год	Медикаментозное лечение (Д-пеницилламин, цитостатики) по показаниям. Санация очагов инфекции. Физиотерапия 2 раза в год
Дерматомиозит (идиопатический)	4 раза в год	Невропатолог 2 раза в год; стоматолог 1 раз в год	Общий анализ крови и мочи 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, затем 1-2 раза в год. Рентгенография	Медикаментозное лечение (кортикостероиды. Метатрексат, симптоматические

			органов грудной клетки 1 раз в год	средства), витаминотерапия (витамин Е).
Диффузный токсический зоб – в стадии обострения - в стадии медикаментозной компенсации	2 раза в месяц	Хирург, офтальмолог по показаниям Хирург по показаниям. Эндокринолог 2 раза в год		Лечение тиреостатическими препаратами в стационаре
Сахарный диабет I типа: - лабильное течение	1 раз в 3 недели	Эндокринолог 4 раза в год, офтальмолог, невропатолог 1-2 раза в год	Общий анализ крови и мочи, анализ мочи и крови на сахар, ацетон – 1 раз в месяц, ЭКГ по показаниям	Ограничение углеводов, лечение инсулином. Курсы дезагрегантами
- стабильное течение	1 раз в месяц	Эндокринолог 2 раза в год, офтальмолог, невропатолог 2 раза в год	Общий анализ крови и мочи, анализ мочи и крови на сахар, ацетон – 1 раз в месяц, ЭКГ по показаниям	Ограничение углеводов, лечение инсулином. Курсовое профилактическое лечение дезагрегантами
Сахарный диабет II типа	1 раз в 3 месяца	Эндокринолог, офтальмолог, невропатолог 1-2 раза в год	То же	Лечение пероральными сахароснижающими препаратами
Железодефицитная анемия	4 раза в год	В зависимости от этиологии основного заболевания – акушер-гинеколог, уролог, гематолог – 2 раза в год (по возможности)	Общий анализ крови 4 раза в год. Рентгеноскопия желудка – 1 раз в год	Лечение основного заболевания, препараты железа.
B12 дефицитная анемия	4-5 раза в год	Гематолог 2 раза в год (по возможности)	Общий анализ крови 4-5 раза в год. Рентгеновское исследование желудочно-кишечного тракта – 1 раз в год	Медикаментозная терапия витамином B12 и фолиевой кислотой
			Общий анализ крови 12-14 раз в год. Стернальная пункция и трепанобиопсия	Витаминотерапия. Санация очагов хронической инфекции.

Миелолейкоз хронический	12-14 раз в год	Гематолог 4 раза в год	4 во время стационарного лечения 1 раз в 2-3 года. Рентгенография скелета 1 раз в 2 года	Медикаментозная терапия (курсовая и прерывисто-поддерживающая монохимиотерапия)
Лимфолейкоз хронический	6 раз в год	Гематолог 2 раза в год, стоматолог, невропатолог, ЛОР 1 раз в год	Общий анализ крови 6 раз в год. Стернальная пункция, рентгеноскопия органов грудной клетки 1 раз в год	Общеукрепляющая и медикаментозная терапия (химиотерапия, гормоны, антибактериальные препараты)
Лимфоаденопатия	4 раза в год	Фтизиатр, хирург 1 раз в год	Общий анализ крови 4 раза в год. Анализ крови на ВИЧ 2 раза в год	Санация очагов инфекции. Поливитаминотерапия, антибактериальная терапия. Противопоказание физиотерапевтических и тепловых процедур
Миеломная болезнь	8-10 раз в год	Гематолог 2 раза в год	Общий анализ крови и мочи 8-10 раз в год. Рентгенография костей скелета и черепа	Исключение физических нагрузок. Медикаментозная химиотерапия и гормонотерапия.
Преходящие нарушения мозгового кровообращения с очаговой неврологической симптоматикой	В течение года 1 раз в 3-4 месяца, в дальнейшем 1-2 раза в год	Терапевт и окулист 1 раз в год, невропатолог 2-3 раза в год	Анализ крови и общий анализ мочи, анализ крови на сахар 1 раз в год. ЭКГ 1 раз в год. Протромбин крови 1 раз в год	Гипотензивная терапия. Курсовое применение вазоактивных препаратов и средств, улучшающих метаболизм мозга, противосклеротических средств, антиагрегантов
Мозговой инсульт остаточными явлениями лиц,	1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год при отсутствии повторных острых нарушений	Невропатолог 1 раз в 3-4 месяца; в дальнейшем 1-2 раза в год		То же

сохранивших трудоспособ- ность)	мозгового кровооб- ращения		То же	

П р и л о ж е н и е 7

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

Примерная схема

наблюдения за наркологическими больными

Нозологическая форма	Частота наблюдения	Осмотры врачами д р . специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
Группа диспансерного учета I (ГДУ - I). Активный учет				
Хронический алкоголизм	1 раз в месяц	терапевт	Клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы (печеночные пробы), ЭКГ, рентгенофлюорография до начала лечения, в дальнейшем по показаниям	Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения алкоголизма
Группа диспансерного учета II (ГДУ - II). Пассивный учет				
Хронический алкоголизм	П р и профосмотрах и в период проведения поддерживающей противорецидивной терапии	терапевт		Наблюдение, психотерапевтические беседы, короткие курсы медикаментозного лечения алкоголизма
Группа диспансерного учета I (ГДУ - I)				
Наркомания	1-й год – 1 раз в месяц 2-й год – 1 раз в 2 месяца	Терапевт, невропатолог, нарколог (по возможности)	Клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы (печеночные пробы), ЭКГ, рентгенофлюорография до начала лечения, в	Дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия, нейролептики, психотерапия, седативные препараты для купирования абстиненции, физиотерапия,

			дальнейшем по показаниям	по	трудотерапия, медикаментозная коррекция рецидивов заболевания
Группа диспансерного учета II (ГДУ - II)					
Наркомания	1 раз в 6 месяцев	-		По показаниям	Трудотерапия, наблюдение

П р и л о ж е н и е 8
к Правилам оказания медицинской помощи
гражданам, свобода которых ограничена,
а также отбывающим наказание по
приговору суда в местах лишения свободы,
помещенным в специальные учреждения

**Порядок и сроки диспансерного наблюдения при
кишечных инфекционных заболеваниях**

Нозологическая форма	Период наблюдения	Частота наблюдения	Осмотры врачами др. специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
Бактериальная дизентерия, колиты, энтериты, энтероколиты	3 месяца	1 раз в месяц	Инфекционист (терапевт)	Однократное бактериологическое обследование 1 раз в месяц	При рецидиве заболевания или обнаружении в испражнениях патогенных бактерий кишечной группы эти лица вновь проходят лечение
Хроническая дизентерия, длительный неустойчивый стул	6 месяцев	1 раз в месяц	Инфекционист (терапевт)	Однократное бактериологическое обследование 1 раз в месяц	То же
Брюшной тиф, паратиф А, В	3 месяца	1 раз в месяц	Инфекционист (терапевт)	Термометрия один раз в неделю в течение 1-го месяца, в последующие месяцы не реже 1 раза в 2 недели; однократное бактериологическое	При установлении рецидива брюшного тифа или острого бактерионосительства больные вновь

				обследование кала и мочи – ежемесячно; заключение исследуют желчь и ставят РПГА с цистеином	госпитализируются и им проводятся лечение
Хронические носители брюшного тифа и паратифа А и В	Н а протяжении пребывания в учреждении	1 раз в год	терапевт	Двукратно бактериологическое исследование мочи и кала с интервалом 1-2 дня	При постоянном длительном выделении возбудителя во внешнюю среду проводится лечение в соответствии со схемой лечения
Вирусный гепатит А	3 месяца	1 раз в месяц (чаще по состоянию здоровья)	Инфекционист (терапевт)	Биохимические тесты, серологические показатели	
Вирусный гепатит В	6 - 12 месяцев	1 раз в месяц	Инфекционист	Биохимические тесты, НВ-антиген 1 раз в квартал	При постоянном выделении НВ-антигена необходимо строго соблюдать правила профилактики парентеральных заражений (индивидуальный инструментарий)
Носители НВ-антигена	Н а протяжении пребывания в учреждении	1 раз в квартал	инфекционист	Биохимические тесты, НВ-антиген 1 раз в квартал	То же

П р и л о ж е н и е 9
к Правилам оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения

С п р а в к а

о состоянии здоровья

Фамилия, имя, отчество _____

г.р. _____

отряд _____

Диагноз: _____

Содержаться в помещении ШИЗО (ПКТ, СУС) _____

(может, не может)

« _____ » _____ 20 ____ год

(Фамилия, имя, отчество мерработника, выдавшего справку)

П р и л о ж е н и е 1 0

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

Журнал предварительной записи на прием к врачу

Срок хранения - 1 год

№ п/п	Ф.И.О.	г.р.	Отряд, камера	дата	Врач - специалист	отметка о приеме	Роспись начальника отряда
1	2	3	4	5	6	7	8

П р и л о ж е н и е 1 1

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

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

Срок хранения - 5 лет

№ п/п	Ф.И.О.	г.р.	Ка-мера	дата и время	Жа-ло-бы	Диаг-ноз	Наз-наче-ние врача (фельдшера)	Полу-чен-ное лечеб-ное на-че-ние	Кон-суль-тация спе-ци-алиста	оказание первой доврачеб-ной помощи
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

П р и л о ж е н и е 1 2

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

приговору суда в местах лишения свободы,
помещенным в специальные учреждения

Журнал проведения врачебно-консультативной комиссии (ВКК)

Срок хранения - 5 лет

№ п/п	Ф.И.О.	г.р.	отряд	д а т а проведения ВКК	диагноз КК	решение ВКК	примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

П р и л о ж е н и е 1 3

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

С п р а в к а В К К

о состоянии здоровья

Фамилия, имя, отчество _____

г.р. _____

отряд _____

Диагноз: _____

Заключение о трудоспособности _____

(трудоспособен, нетрудоспособен)

Направление в колонию-поселение _____

(может, не может)

« _____ » _____ 20 ____ год

_____ (Фамилия, имя, отчество мерработника, выдавшего справку)

П р и л о ж е н и е 1 4

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

**Журнал вывозов в медицинские организации
территориального органа здравоохранения**

Срок хранения - 3 года

Ф.И.О.	г.р.	от-ряд	дата и время	пред-вари-тель-ный	зак-лючи-тель-	оказан-ная меди-	Гос-пита-лиза-ция	дата и время возв-
--------	------	--------	--------------	--------------------	----------------	------------------	-------------------	--------------------

№ п/п				вы-во-за	диаг-ноз ВКК	ный диаг-ноз	цинская помощь	(от-деление)	рата учреждение	в при-меч-ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

П р и л о ж е н и е 1 5

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

Журнал регистрации случаев употребления психоактивных веществ (алкоголя, наркотических и психотропных средств)

Срок хранения - 5 лет

№ п/п	Ф.И.О.	г.р.	отряд	дата и время зафиксирования случая употребления	наименование психоактивного вещества	оказание первой неотложной помощи при передозировке	д и а г н о з	№ КУЗ
1	2	3	4	5	6	7	8	9

П р и л о ж е н и е 1 6

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

Журнал регистрации смертных случаев

Срок хранения - 25 лет

№ п/п	Ф.И.О.	г.р.	от-ряд	дата и время смерти	место смерти	пред-вари-тель-ная при-чина смерти	клини-чес-кий диаг-ноз	№ КУЗ	судеб-но-меди-цин-ский диаг-ноз	результат служебного расследования по факту смерти (постановление от ка-зе воз-
-------	--------	------	--------	---------------------	--------------	------------------------------------	------------------------	-------	---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

										б у ж - д е н и и у г о - л о в н о г д е л а)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

П р и л о ж е н и е 17

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

О б р а з е ц

в 2-х экземплярах

Бланк

Исх. № _____ дата _____

Начальнику управления
Комитета У И С
по _____ области
Звание _____

Ф.И.О. _____

Запрос на наряд

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

Приложение: на _____ листах.

Начальник учреждения _____

з в а н и е
Ф . И . О .

подпись

И с п . Ф . И . О .

Тел.

Образец

Бланк

Исх. № _____ дата _____

Заместителю _____ председателя
Комитета У И С
Министерства юстиции

II. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

III. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

IV. ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС

Данные физикальных методов исследований (по системам и органам)

- | | | | |
|----|------------------------------|---------|------------------------|
| 1. | Общ и й | осмотр | больного |
| 2. | Исследование | системы | органов дыхания |
| 3. | Исследования | системы | органов кровообращения |
| 4. | Исследование | органов | пищеварения |
| 5. | Исследование | системы | мочеотделения |
| 6. | Исследование нервной системы | | |

V. ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

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

Направительный диагноз _____

Заключение о необходимости стационарного лечения:

М.П. учреждения _____ заместитель начальника учреждения по
лечебно-профилактической работе или
начальник медицинской части, больницы)

Ф.И.О., подпись, дата

Д а т а

Лечащий врач: _____

Ф.И.О., подпись, дата

П р и л о ж е н и е 19
к Правилам оказания медицинской помощи
гражданам, свобода которых ограничена,
а также отбывающим наказание по
приговору суда в местах лишения свободы,
помещенным в специальные учреждения

Исх. № _____ дата _____

Образец
Начальнику учреждения _____
УКУИС по _____ области
З в а н и е

Ф.И.О.

Согласие (расписка) больного на госпитализацию

Я, осужденный _____
(Ф . И . О .)

Год рождение _____

Статья _____

Срок _____

Н.с., к.с. _____

На оперативное (стационарное) лечение в условиях
лечебно-профилактического учреждения УИС _____ согласен
(не согласен)

П о д п и с ь

Дата

В и з а
начальника учреждения

Ф.И.О., подпись, дата

В и з а
заместителя начальника учреждения по лечебно-профилактической
работе или начальника медицинской части, больницы).

Ф.И.О., подпись, дата

Штамп учреждения

П р и л о ж е н и е 2 0
к Правилам оказания медицинской помощи
гражданам, свобода которых ограничена,
а также отбывающим наказание по
приговору суда в местах лишения свободы,
помещенным в специальные учреждения

Журнал регистрации случаев травматизма

Срок хранения -

5 лет

№ п/п	Ф.И.О.	г.р.	отряд	дата и время получения травмы	и Место обстоятельства происшествия	и оказание первой неотложной помощи	Диаг-ноз	№ КУЗ	Исх. извещения прокуратуры
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

П р и л о ж е н и е 2
к совместному приказу
Министра внутренних дел

Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
о т 14 июня 2010 года № 272
М и н и с т р а з д р а в о о х р а н е н и я
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
о т 18 мая 2010 года № 350
М и н и с т р а ю с т и ц и и
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
о т 6 мая 2010 года № 157

**Перечень утративших силу некоторых нормативных
правовых актов Республики Казахстан и структурных частей
некоторых нормативных правовых актов Республики Казахстан**

1. Пункты 39, 76 Положения о медицинском вытрезвителе при органе внутренних дел Республики Казахстан, утвержденного приказом от 25 января 1996 года № 37 Министра внутренних дел Республики Казахстан «Об утверждении Положения о медицинском вытрезвителе при горрайоргане (управлении) внутренних дел, Инструкции по оказанию медицинской помощи лицам, доставляемым в медицинские вытрезвители и Инструкции по организации работы кабинета профилактики при медицинском вытрезвителе» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 324);

2. Пункты 11, 37 Положения о специальных приемниках органов внутренних дел для содержания лиц, подвергнутых административному аресту, утвержденное приказом Министра внутренних дел Республики Казахстан от 23 июля 2002 года № 499 «Об утверждении Положения о специальных приемниках органов внутренних дел для содержания лиц, подвергнутых административному аресту» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 1963, опубликованного в Бюллетене нормативных правовых актов центральных исполнительных и иных государственных органов Республики Казахстан, 2002 год, № 39, ст. 701);

3. Главу 13 Правил внутреннего распорядка изоляторов временного содержания, утвержденных приказом Министра внутренних дел Республики Казахстан от 1 июня 2002 года № 385 «Об утверждении Правил внутреннего распорядка изоляторов временного содержания органов внутренних дел» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 1883, опубликованного в Бюллетене нормативных правовых актов центральных исполнительных и иных государственных органов Республики Казахстан, 2003 год, № 16, ст. 844);

4. Пункт 14 Положения о Центрах временной изоляции, адаптации и реабилитации несовершеннолетних, утвержденного приказом Министра внутренних дел Республики Казахстан от 25 декабря 2004 года № 708 «Об утверждении Положения о Центрах временной изоляции, адаптации и реабилитации несовершеннолетних» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 3360);

5. Совместный приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 25 мая 2004 года № 145 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2004 года № 405 «Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 2876).

6. Совместный приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 12 декабря 2008 года № 338 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 декабря 2008 года № 651 «О внесении изменения в совместный приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 25 мая 2004 года № 145 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 мая 2004 года № 405 «Об утверждении нормативных правовых актов, регулирующих лечебно-профилактическое обеспечение и санитарно-эпидемиологическое благополучие лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах органов юстиции Республики Казахстан» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5506).