

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 29 апреля 2015 г. N 216н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ
МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, В СВЯЗИ С НАЛИЧИЕМ КОТОРЫХ
ГРАЖДАНИНУ ИЛИ ПОЛУЧАТЕЛЮ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ МОЖЕТ БЫТЬ
ОТКАЗАНО, В ТОМ ЧИСЛЕ ВРЕМЕННО, В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНЫХ
УСЛУГ В СТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЕ, А ТАКЖЕ ФОРМЫ ЗАКЛЮЧЕНИЯ
УПОЛНОМОЧЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
О НАЛИЧИИ ТАКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ**

В соответствии с **частью 3 статьи 18** Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 52, ст. 7007; 2014, N 30, ст. 4257) и **подпунктом 11 части 2 статьи 14** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446; 2013, N 27, ст. 3459, 3477; N 30, ст. 4038; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; N 52, ст. 6951; 2014, N 23, ст. 2930; N 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; N 43, ст. 5798; N 49, ст. 6927, 6928; 2015, N 1, ст. 72, 85; N 10, ст. 1403, 1425; N 14, ст. 2018) приказываю:

Утвердить:

перечень медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, согласно приложению N 1;

форму заключения уполномоченной медицинской организации о наличии медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, согласно приложению N 2.

Министр
В.И.СКВОРЦОВА

**ПЕРЕЧЕНЬ
МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, В СВЯЗИ С НАЛИЧИЕМ КОТОРЫХ
ГРАЖДАНИНУ ИЛИ ПОЛУЧАТЕЛЮ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ МОЖЕТ БЫТЬ
ОТКАЗАНО, В ТОМ ЧИСЛЕ ВРЕМЕННО, В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ
СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В СТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЕ**

N п/п	Наименование или характеристика заболевания (состояния)	Код заболевания (состояния) по МКБ-10 <*>
1.	Туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом посева	A15; A17 - A19
2.	Лепра	A30
3.	Острые инфекционные заболевания либо хронические инфекционные заболевания <*> в стадии обострения, тяжелого течения и (или) заразные для окружающих, а также лихорадки, сыпи неясной этиологии	A00 - A09; A20 - A29; A31 - B99; R50
4.	Злокачественные новообразования, сопровождающиеся обильными выделениями	C00 - C97
5.	Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ	F01; F03 - F09; F10 - F16; F18 - F19; F20 - F33
6.	Эпилепсия с частыми припадками	G40 - G41
7.	Гангрена и некроз легкого, абсцесс легкого	J85.0 - J85.2
8.	Трахеостома, каловые, мочевые свищи, пожизненная нефростома, стома мочевого пузыря (при невозможности выполнения реконструктивной операции на мочевых путях и закрытия стомы), не корригируемое хирургически недержание мочи, противоестественный анус (при невозможности восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта)	Z93.0; Z93.2 - Z93.6; K63.2; N28.8; N32.1 - N32.2; N36.0; N39.4; N82
9.	Тяжелые хронические заболевания кожи с множественными высыпаниями и обильным отделяемым	L10; L12.2; L12.3; L13.0; L88; L98.9
10.	Пороки развития лица и черепа с нарушением функции дыхания, жевания, глотания	Q35 - Q37; Q67.0 - Q67.4
11.	Заболевания, осложненные гангреной конечности	A48.0; E10.5; E11.5; E12.5; E13.5; E14.5; I70.2; I73.1; I74.3; R02

<*> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра.
<*> За исключением заболеваний, указанных в пунктах 1 - 2 настоящего Перечня.

Форма

Заключение
уполномоченной медицинской организации
о наличии медицинских противопоказаний, в связи с наличием
которых гражданину или получателю социальных услуг может
быть отказано, в том числе временно, в предоставлении
социальных услуг в стационарной форме

от " __ " _____ 20__ г.

1. Выдано _____

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания,
предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, куда представляется
заклучение _____

3. Фамилия, имя, отчество _____
(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных
услуг)

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

7. Заключение:

Выявлено наличие заболеваний, в связи с наличием которых гражданину или
получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в
предоставлении социальных услуг в стационарной форме <*>.

Председатель
врачебной комиссии: _____
(Ф.И.О.) (подпись) (дата)

М.П.

<*> Часть 3 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах
социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства
Российской Федерации, 2013, N 52, ст. 7007; 2014, N 30, ст. 4257).
