**Заключение**

**уполномоченной медицинской организации**

**о наличии (об отсутствии) противопоказаний, в связи с наличием**

**которых гражданину или получателю социальных услуг**

**может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении**

**социальных услуг в форме социального обслуживания на дому,**

**или в полустационарной форме, или в стационарной форме**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Выдано |  |
|  |
| (полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации) |

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в форме социального обслуживания на дому/в полустационарной форме/стационарной

|  |  |
| --- | --- |
| форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение |  |
|  |
| 3. Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
|  | (гражданина или получателя социальных услуг) |
| 4. Пол (мужской/женский) |  |
| 5. Дата рождения |  |
| 6. Адрес места жительства (места пребывания) |  |
|  |

7. Заключение:

Выявлено (нужное подчеркнуть):

а) наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому;

б) наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме;

в) наличие (отсутствие) 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.

Председатель врачебной комиссии:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |  | (подпись) |  | (дата) |

М. П.

(при наличии)

В соответствии с [приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. № 202н "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 форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний"](https://internet.garant.ru/document/redirect/406870528/0)

|  |
| --- |
| Медицинские противопоказания, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому |
| 1. | Туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом микроскопии или методом выделения дезоксирибонуклеиновой кислоты микобактерии туберкулеза, подтвержденный методом молекулярно-генетического исследования | А15, А17-А19 |
| 2. | Лепра с бактериовыделением, подтвержденным методом бактериоскопии | А30 |
| 3. | Психические расстройства и расстройства поведения при установлении за гражданином или получателем социальных услуг активного диспансерного наблюдения в связи с наличием у лица в структуре психического расстройства симптомов, обуславливающих склонность к совершению общественно опасных действий (на время осуществления активного диспансерного наблюдения) | F00-F09,F20-F29,F30-F39,F40-F48,F60-F69,F70-F79,F80-F89,F90-F98 |
| 4. | Синдром зависимости от психоактивного вещества (употребление психоактивного вещества постоянное) | F10-F16,F18,F19 |

# .