

Приложение 2  
к административному регламенту  
предоставления Департаментом социальной  
защиты, опеки и попечительства, труда  
и занятости Орловской области  
государственной услуги  
по направлению пожилых граждан  
и инвалидов на стационарное социальное  
обслуживание в дома-интернаты

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

получателя социальных услуг, оформляющегося в стационарное учреждение социального обслуживания Орловской области

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

Фамилия имя отчество: \_\_\_\_\_

Год рождения: \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

Степень транспортабельности (мобильности) \_\_\_\_\_  
(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме, передвигается по комнате, на кресле-коляске)

Заключение врачей – специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагноза, наличия осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях, наличия или отсутствия показаний к стационарному лечению):

Терапевта \_\_\_\_\_

Фтизиатра \_\_\_\_\_

Хирурга \_\_\_\_\_

Дерматолога-венеролога \_\_\_\_\_

Офтальмолога \_\_\_\_\_

Стоматолога \_\_\_\_\_

Психиатра \_\_\_\_\_

Нарколога \_\_\_\_\_

Онколога \_\_\_\_\_

Невролога \_\_\_\_\_

- результаты лабораторных исследований: на дифтерию (действителен 14 дней с момента забора материала); на группу возбудителей кишечных инфекций (действителен 14 дней с момента забора материала); яйца гельминтов (действителен 10 дней); на реакцию Вассермана (RW) (действителен 2 месяца), на наличие австралийского антигена в крови HBS (гепатит В) (действителен 6 месяцев); на маркер гепатита С (НСУ) (действителен 6 месяцев); справка об эпидокружении (действительна 3 дня); общий анализ крови (действителен 10 дней), кровь на сахар (действителен 10 дней), общий анализ мочи (действителен 10 дней);

- флюорографическое исследование или результат исследования мокроты на БК (действителен 6 месяцев);

- справка о профилактических прививках (при наличии).

**Заключение ВКК с указанием:**

- 1.Нуждаемости в постоянной или временной посторонней помощи.*
- 2.Рекомендуемый тип стационарного учреждения социального обслуживания (общего или психоневрологического профиля).*
- 3.Отсутствие оснований для постановки перед судом вопроса о признании больного недееспособным (заключение психоневрологического диспансера)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Главный врач поликлиники

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

М.П «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.