Зарегистрировано в Минюсте России 23 октября 2015 г. N 39447

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 13 октября 2015 г. N 711н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ НАПРАВЛЕНИЯ

НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, А ТАКЖЕ ПЕРЕЧНЯ ИССЛЕДОВАНИЙ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ФОРМЫ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА-СИРОТЫ, РЕБЕНКА, ОСТАВШЕГОСЯ

БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ПОМЕЩАЕМОГО ПОД НАДЗОР

В ОРГАНИЗАЦИЮ ДЛЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ,

ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

В соответствии с [Правилами](consultantplus://offline/ref=C58A82710008F133822DBEB4C5D51BC95DBE93F01EBABEE258BEFA47180B76FAB002DF4207BA52E6z201H) проведения медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 26 февраля 2015 г. N 170 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2015, N 10, ст. 1530), приказываю:

Утвердить:

форму [направления](#P37) на медицинское обследование ребенка-сироты, ребенка, оставшегося без попечения родителей, помещаемого под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, согласно приложению N 1;

[перечень](#P87) исследований при проведении медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, согласно приложению N 2;

форму [заключения](#P180) о состоянии здоровья ребенка-сироты, ребенка, оставшегося без попечения родителей, помещаемого под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, согласно приложению N 3.

Министр

В.И.СКВОРЦОВА

Приложение N 1

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 13 октября 2015 г. N 711н

Форма

Направление

на медицинское обследование ребенка-сироты, ребенка,

оставшегося без попечения родителей, помещаемого под надзор

в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся

без попечения родителей

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и адрес медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность лица, направляющего

ребенка-сироту, ребенка, оставшегося без попечения родителей, помещаемого

под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения

родителей (далее - ребенок), и наименование организации для детей-сирот и

детей, оставшихся без попечения родителей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направляет на медицинское обследование для вынесения заключения о

состоянии здоровья помещаемого под надзор в организацию для детей-сирот и

детей, оставшихся без попечения родителей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при

наличии) ребенка) [<1>](#P75)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол (мужской/женский) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (при наличии) [<2>](#P76) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение прошу направить в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать адрес, номер служебного телефона)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

(дата оформления)

--------------------------------

<1> При отсутствии сведений о фамилии, имени и отчестве ребенка делается пометка, что данные неизвестны.

<2> При отсутствии сведений о дате рождения ребенка делается пометка, что возраст ребенка неизвестен.

Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 13 октября 2015 г. N 711н

ПЕРЕЧЕНЬ

ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ,

ПОМЕЩАЕМЫХ ПОД НАДЗОР В ОРГАНИЗАЦИЮ ДЛЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ

И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Возрастные периоды, в которые проводится медицинское обследование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей | Осмотры врачами-специалистами | Лабораторные, функциональные и иные исследования |
| 1. | 0 - 4 года включительно | врач-педиатр  врач-невролог  врач-офтальмолог  врач - детский хирург  врач-оториноларинголог  врач-акушер-гинеколог [<3>](#P160)  врач - детский уролог-андролог [<3>](#P160) врач-травматолог-ортопед  врач-психиатр детский [<5>](#P162)  врач-стоматолог детский [<7>](#P164) | Исследование вызванной отоакустической эмиссии (аудиологический скрининг) [<1>](#P158)  Неонатальный скрининг [<2>](#P159)  Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)  Ультразвуковое исследование сустава (ультразвуковое исследование тазобедренных суставов) [<4>](#P161)  Нейросонография [<6>](#P163)  Регистрация электрической активности проводящей системы сердца  Эхокардиография  Общий (клинический) анализ крови  Исследование уровня глюкозы в крови  Определение антигена к вирусу гепатита B (HbsAg Hepatitis B virus) в крови  Проведение реакции Вассермана (RW)  Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови  Анализ мочи общий  Бактериологическое исследование слизи с миндалин на палочку дифтерии (Corinebacterium diphtheriae)  Бактериологическое исследование кала на возбудителя дизентерии (Shigella spp.)  Бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозные микроорганизмы (Salmonella typhi)  Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы (Salmonella spp.)  Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи перианальных складок на яйца остриц (Enterobius vermicularis)  Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов |
| 2. | 5 - 17 лет включительно | врач-педиатр  врач-невролог  врач - детский хирург  врач-офтальмолог  врач-оториноларинголог  врач-акушер-гинеколог [<3>](#P161)  врач - детский уролог-андролог [<3>](#P161)  врач - детский эндокринолог [<10>](#P167) врач-травматолог-ортопед  врач-психиатр детский [<5>](#P162)  врач-психиатр подростковый [<5>](#P162) врач-стоматолог детский | Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)  Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез [<8>](#P165)  Эхокардиография  Регистрация электрической активности проводящей системы сердца  Флюорография легких [<9>](#P166)  Общий (клинический) анализ крови  Исследование уровня глюкозы в крови  Определение антигена к вирусу гепатита B (HbsAg Hepatitis B virus) в крови  Проведение реакции Вассермана (RW)  Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови  Анализ мочи общий  Бактериологическое исследование слизи с миндалин на палочку дифтерии (Corinebacterium diphtheriae)  Бактериологическое исследование кала на возбудителя дизентерии (Shigella spp.)  Бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозные микроорганизмы (Salmonella typhi)  Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы (Salmonella spp.)  Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи перианальных складок на яйца остриц (Enterobius vermicularis)  Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов |

--------------------------------

<1> Исследование вызванной отоакустической эмиссии (аудиологический скрининг) проводится детям в возрасте до 3 месяцев включительно в случае отсутствия сведений о ее прохождении в истории развития ребенка.

<2> Неонатальный скрининг проводится детям в возрасте до 1 месяца включительно в случае отсутствия сведений о его прохождении в истории развития ребенка.

<3> Медицинский осмотр врача - детского уролога-андролога проходят мальчики, врача-акушера-гинеколога - девочки.

<4> Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов проводится детям в возрасте до 1 года в случае отсутствия сведений о его прохождении в истории развития ребенка.

<5> Медицинский осмотр врача-психиатра детского проходят дети в возрасте с 1 года до 14 лет включительно, врача-психиатра подросткового или врача-психиатра детского - дети в возрасте с 15 до 17 лет включительно.

<6> Нейросонография проводится детям в возрасте до 1 года в случае отсутствия сведений о его прохождении в истории развития ребенка и при наличии открытого большого родничка.

<7> Медицинский осмотр врача-стоматолога детского проходят дети в возрасте 3 года и старше.

<8> Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез проводится детям в возрасте 7 лет и старше.

<9> Флюорография легких проводится детям в возрасте 15 лет и старше.

<10> Медицинский осмотр врача - детского эндокринолога проходят дети в возрасте 5 лет и старше.

Приложение N 3

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 13 октября 2015 г. N 711н

Форма

Заключение

о состоянии здоровья ребенка-сироты, ребенка,

оставшегося без попечения родителей, помещаемого под надзор

в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся

без попечения родителей

Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и адрес медицинской организации)

Предоставляется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, адрес организации для детей-сирот и детей,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

оставшихся без попечения родителей, Ф.И.О. руководителя)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка [<1>](#P239) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения [<2>](#P240) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол мужской/женский (нужное подчеркнуть)

Дата проведения медицинского обследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение [<3>](#P241):

Практически здоров да/нет (нужное подчеркнуть);

Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=C58A82710008F133822DBFB0D6D51BC95DB09FF814E5E9E009EBF4z402H)):

а) функциональные отклонения/хроническое заболевание (нужное

подчеркнуть);

б) диагноз предварительный/уточненный (нужное подчеркнуть);

в) диспансерное наблюдение: велось ранее/проводится впервые (нужное

подчеркнуть);

Оценка физического развития:

рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_ см; вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кг; окружность головы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см;

физическое развитие: нормальное, отклонение - дефицит массы тела,

избыток массы тела, низкий рост, высокий рост (нужное подчеркнуть);

Оценка психического развития (состояния):

для детей 0 - 4 лет включительно:

познавательная функция \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (возраст развития);

моторная функция \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (возраст развития);

эмоциональная и социальная функции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (возраст развития);

предречевое и речевое развитие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (возраст развития);

для детей 5 - 17 лет включительно:

психомоторная сфера: норма/отклонение (нужное подчеркнуть);

интеллект: норма/отклонение (нужное подчеркнуть);

эмоционально-вегетативная сфера: норма/отклонение (нужное подчеркнуть);

инвалидность: наличие/отсутствие (нужное подчеркнуть);

группа состояния здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть);

медицинская группа для занятий физической культурой: основная,

подготовительная, специальная А или Б (нужное подчеркнуть).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. руководителя медицинской организации)

М.П.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

(дата оформления)

--------------------------------

<1> При отсутствии сведений о фамилии, имени и отчестве ребенка указывается номер и дата направления на медицинское обследование ребенка-сироты, ребенка, оставшегося без попечения родителей, помещаемого под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

<2> При отсутствии сведений о дате рождения ребенка указывается возраст ребенка, установленный на основании результатов медицинского осмотра врачами при проведении медицинского обследования.

<3> Заключение с приложением результатов медицинского обследования ребенка.