



КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 09.07.2024 № 626
г. ПСКОВ

О Порядке выдачи заключения
врача о необходимости обеспечения
полноценным питанием беременной
женщины или кормящей матери

Во исполнение Постановления Правительства Псковской области
утвержденного 17.06.24 № 206 «О порядке предоставления ежемесячной
денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременных
женщин, кормящих матерей»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок выдачи заключения врача о необходимости обеспечения полноценным питанием беременной женщины или кормящей матери (далее – Порядок) согласно Приложению № 1.
2. Руководителям медицинских организаций организовать:
 - 2.1. выдачу заключения врача о необходимости обеспечения полноценным питанием беременной женщины (Приложение №2) или кормящей матери согласно Порядку (Приложение № 3);

2.2. информирование беременных женщин при постановке на учет в женскую консультацию по беременности, а также родителей (или иных законных представителей) ребенка при первичном патронаже о возможности получения ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием в соответствии с принятым Постановлением Правительства Псковской области.

3. Директору ГКУЗ ПО «Медицинский информационно-аналитический центр» А.В.Савину обеспечить размещение данного приказа на официальном сайте Комитета по здравоохранению Псковской области и в сетевом ресурсе «Нормативные правовые акты Псковской области».

4. Настоящее распоряжение вступает в силу с даты подписания.

5. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Председатель комитета



М.В.Гаращенко

**Порядок выдачи заключения врача о необходимости
обеспечения полноценным питанием беременной женщины
или кормящей матери**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила выдачи заключения врача о необходимости обеспечения полноценным питанием беременной женщины или кормящей матери.

2. Заключение врача оформляется следующим категориям граждан Российской Федерации, имеющим место жительства в Псковской области:

2.1. беременным женщинам – на период с месяца установления беременности сроком двенадцать недель по месяц родов включительно;

2.2. кормящим матерям – на период с месяца, следующего за месяцем рождения ребенка, по месяц прекращения грудного вскармливания, но не более чем до исполнения ребенку шести месяцев включительно.

3. Порядок выдачи заключения врача:

3.1. Беременным женщинам:

3.1.1. врачом акушером-гинекологом медицинской организации, поставившей женщину на учет по беременности, оформляется заключение врача в бумажном виде по форме в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу.

3.1.2. информация о выданном заключении врача фиксируется в индивидуальной карте беременной (форма № 111/у).

3.2. Кормящим матерям:

3.2.1. врачом-педиатром участковым медицинской организации оформляется заключение врача в бумажном виде по форме в соответствии с Приложением № 3 к настоящему приказу.

3.2.2. информация о выданном заключении врача фиксируется в истории развития ребенка (форма № 112/у).

Приложение №2
к приказу Комитета по здравоохранению
Псковской области
от 09.07.2024 № 626

Штамп медицинской организации,
выдавшей заключение

**Заключение врача о необходимости обеспечения полноценным питанием
беременной женщины**

_____ (фамилия, имя, отчество беременной женщины полностью)

_____,
(дата рождения)

(указать место жительства)

Взята на учет по беременности _____ в сроке _____ недель.
(указать дату) (указать срок беременности)

Дата, соответствующая сроку беременности 12 _____ 202 _____ г.
недель _____

Предполагаемая дата родов: _____ 202 _____ г.

Нуждается в обеспечении питанием.

Лечащий врач _____

(подпись)

(фамилия, инициалы)

М.П.

" _____ " _____ 20 _____ г.

Приложение №3
к приказу Комитета по здравоохранению
Псковской области
от 09.07.2024 № 626

Штамп медицинской организации,
выдавшей заключение

**Заключение врача о необходимости обеспечения полноценным питанием
кормящей матери**

ФИО ребенка _____
(указать полностью)
_____, _____
(дата рождения) (указать место жительства)

Нуждается в питании*:

- грудное вскармливание (указать ФИО матери**) _____

_____, _____
(ФИО полностью) (дата рождения)

(указать место жительства матери)

- искусственное вскармливание

- смешанное вскармливание

- питание по возрасту

Лечащий врач _____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

" _____ " _____ 202 _____ г. М.П.

* Указать нужное V

** Указывается только для категории "кормящая мать"