



АДМИНИСТРАЦИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 19.04.2022 № 491

О внесении изменений
в Порядок предоставления
социальных услуг поставщиками
социальных услуг в Смоленской
области

Администрация Смоленской области **п о с т а н о в л я е т**:

Внести в Порядок предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Смоленской области, утвержденный постановлением Администрации Смоленской области от 12.09.2014 № 645 (в редакции постановлений Администрации Смоленской области от 30.12.2014 № 963, от 16.04.2015 № 192, от 06.08.2015 № 499, от 29.12.2015 № 900, от 13.04.2016 № 212, от 17.02.2017 № 66, от 14.07.2017 № 478, от 06.10.2017 № 678, от 04.12.2017 № 811, от 27.12.2017 № 925, от 09.08.2018 № 525, от 28.12.2018 № 969, от 28.02.2019 № 88, от 13.08.2019 № 474, от 31.12.2019 № 870, от 25.06.2020 № 369, от 20.08.2021 № 555, от 30.03.2022 № 191, от 17.05.2022 № 320), следующие изменения:

- 1) в абзаце одиннадцатом пункта 3.5 раздела 3 слова «приложениям № 2» заменить словами «приложениям № 2¹»;
- 2) в наименовании приложения № 2 слово «(полустационарной)» исключить;
- 3) дополнить приложением № 2¹ (прилагается).

Губернатор
Смоленской области



А.В. Островский

Приложение № 2¹
к Порядку
предоставления социальных услуг
поставщиками социальных услуг
в Смоленской области
(в редакции постановления
Администрации Смоленской
области от 19.07.2022 № 491)

Форма

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
гражданина (совершеннолетнего), оформляемая для
получения социальных
услуг у поставщика социальных услуг в Смоленской области
в полустационарной форме социального обслуживания
граждан

Наименование медицинской организации, выдавшей медицинскую карту, _____

_____ район _____ гор. _____

Выдана

Ф.И.О. гражданина _____

Год рождения _____ Домашний адрес: _____

Степень нарушения функции передвижения _____

Заключения врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего
диагнозов, наличие осложнений, сведения о перенесенных заболеваниях,
наличии или об отсутствии показаний к стационарному лечению).

ТЕРАПЕВТ _____

НЕВРОЛОГ _____

ДЕРМАТОЛОГ _____

ПСИХИАТР _____

(рекомендуемый тип организации социального обслуживания:
общий или психоневрологический)

1. Сведения о профилактических прививках с указанием даты проведения

2. Заключение ККФ или рентген органов грудной клетки с указанием даты (3-кратное
обследование мокроты на ВК, если гражданин находится на постельном режиме)

3. Заключение об осмотре на педикулез _____

4. Заключение об отсутствии инфекционных заболеваний в течение 21 дня

5. Анализ крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В, С _____

6. Бактериологический анализ кала на дизгруппу, сальмонеллез _____

7. Анализ кала на яйца глист и энтеробиоз _____

8. Мазок из зева и носа на дифтерийную палочку _____

Заключение клинико-экспертной комиссии (КЭК) в составе 3 врачей о рекомендуемом типе организации социального обслуживания, в котором может проживать гражданин (общий или психоневрологический тип):

Главный врач
медицинской организации _____

(подпись, инициалы и фамилия)

Члены КЭК _____

(подпись, инициалы и фамилия)

_____ (подпись, инициалы и фамилия)

«__» _____ 20__ г.

М.П.