**Заключение медицинской организации**

**о состоянии здоровья гражданина**

**и о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний**

**к социальному обслуживанию в полустационарной форме**

(дети от 0 до 3 лет с ОВЗ)

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ребенок, имеющий III-V группу здоровья

Заключение (нужное подчеркнуть):

* медицинские противопоказания к социальному обслуживанию в полустационарной форме отсутствуют / имеются\*.

Показания для направления ребенка от 0 до 3-х лет с ОВЗ (нужное подчеркнуть):

Имеются задержки развития или нарушений функций организма:

* психических функций
* сенсорных функций
* функций голоса и речи
* нейромышечных, скелетных и связанных с подвижностью функций

Имеются задержки развития в сферах:

* контроля своего поведения
* общения
* подвижности
* самообслуживания
* социального взаимодействия

Имеются заболевания, которые приводят к перечисленным выше нарушениям или задержке развития\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать заболевание)*

Наименование организации, выдавшей заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. подпись

М.П.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

\**Примечание: В соответствии с постановлением Правительства Тюменской области от 03.10.2014 N 510-п «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Тюменской области» медицинскими противопоказаниями, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме являются острые инфекционные заболевания либо хронические инфекционные заболевания в стадии обострения, тяжелого течения и (или) заразные для окружающих, а также лихорадки, сыпи неясной этиологии; туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом посева; тяжелые хронические заболевания кожи с множественными высыпаниями и обильным отделяемым; хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ; хронический алкоголизм, наркотическая зависимость; все заболевания, требующие стационарного лечения, постоянного круглосуточного ухода, хронические заболевания в стадии декомпенсации (обострения); злокачественные новообразования, сопровождающиеся обильными выделениями; эпилепсия с частыми припадками.*

***Срок действия заключения 6 месяцев***