Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Минюста РФ от 17 октября 2005 г. N 640/190 "О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу"

Во исполнение статьи 29 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 10, ст. 1143; 1999, N 51, ст. 6289; 2000, N 49, ст. 4740; 2003, N 2, ст. 167; N 9, ст. 805; N 27, ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; N 35, ст. 3607; N 49, ст. 4850) приказываем:

Утвердить прилагаемый Порядок организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу.

Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации	М.Ю. Зурабов

Министр юстиции Российской Федерации	Ю.Я. Чайка

Зарегистрировано в Минюсте РФ 1 ноября 2005 г.

Регистрационный N 7133

Приложение

Порядок организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Минюста РФ от 17 октября 2005 г. 640/190)

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 33, ст. 1318), Федеральным законом от 15 июля 1995 г. N 103-ФЗ "О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 29, ст. 2759), Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 2, ст. 198) и регулирует вопросы, связанные с организацией медицинской помощи лицам, подозреваемым и обвиняемым в совершении преступлений (далее - подозреваемые и обвиняемые), содержащимся под стражей в следственных изоляторах Федеральной службы исполнения наказаний, а также лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы (далее - осужденные).

2. Медицинская помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным предоставляется лечебно-профилактическими учреждениями (далее - ЛПУ) и медицинскими подразделениями учреждений Федеральной службы исполнения наказаний, создаваемыми для этих целей, либо ЛПУ государственной*(1) и муниципальной систем здравоохранения.

3. Организация медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым, осужденным, а также контроль качества ее оказания осуществляются соответствующими федеральными органами исполнительной власти, их территориальными органами, в том числе медицинскими управлениями, отделами, отделениями (далее - медицинские службы), органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления по принадлежности ЛПУ или медицинского подразделения.

4. Медицинские службы федеральных органов исполнительной власти обеспечивают соблюдение прав пациента при оказании медицинской помощи подозреваемым и обвиняемым, осужденным, за исключением ограничений,

предусмотренных федеральными законами.

5. Основными принципами деятельности медицинских служб является обеспечение:

- соблюдения прав подозреваемых, обвиняемых и осужденных на охрану здоровья и государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь;

- приоритета профилактических мер в области охраны здоровья;

- доступности медицинской помощи.

6. Основными задачами медицинской службы являются:

- организация оказания медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным, содержащимся в следственных изоляторах и исправительных учреждениях ФСИН России (далее - Учреждения)*(2);

- осуществление контроля за состоянием здоровья лиц, содержащихся в Учреждениях;

- организация подготовки медицинских работников по профессиональным и специальным вопросам;

- гигиеническое обучение и воспитание подозреваемых, обвиняемых и осужденных, пропаганда здорового образа жизни;

- соблюдение в Учреждениях санитарно-эпидемиологических требований;

- организация статистического учета и представление отчетности в установленном порядке;

- организация взаимодействия с органами управления здравоохранением и ЛПУ государственной и муниципальной систем здравоохранения.

7. Организация профилактической, лечебно-диагностической работы обеспечивается в соответствии с утвержденными в установленном порядке нормативными правовыми актами.

8. Организация медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным включает комплекс профилактических, лечебно-диагностических мероприятий, направленных на обеспечение их прав на охрану здоровья.

9. Предоставляемая медицинская помощь оказывается в объемах, предусмотренных программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

10. Лица, осужденные к лишению свободы, которым судом определено отбывание наказания в колонии-поселении, другие осужденные, подозреваемые и обвиняемые, не содержащиеся под стражей (охраной), получают медицинскую помощь в ЛПУ по месту жительства или отбывания наказания на равных условиях с другими гражданами Российской Федерации.

11. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Учреждениях осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"

(Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650), иными нормативными правовыми актами в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в порядке, устанавливаемом соответствующими федеральными органами исполнительной власти.

12. Соблюдение государственных санитарно-эпидемиологических, противоэпидемических правил и нормативов является обязанностью работников (сотрудников) Учреждений, а установленная законодательством Российской Федерации ответственность за их нарушение распространяется, в том числе, на подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

II. Организация работы медицинской части следственного изолятора и исправительного учреждения

13. Для оказания медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным в Учреждении организуется медицинская часть, которая является структурным подразделением Учреждения: следственного изолятора (далее - СИЗО), исправительного учреждения (далее - ИУ), в том числе исправительной колонии (далее - ИК), лечебного исправительного учреждения (далее - ЛИУ), воспитательной колонии (далее - ВК), тюрьмы либо филиалом лечебно-профилактического учреждения.

Учреждение, в котором медицинская часть является его структурным подразделением, исполняет функции лечебно-профилактического учреждения в отношении содержащихся подозреваемых, обвиняемых и осужденных, по видам медицинской помощи (работам и услугам) согласно полученной лицензии на медицинскую деятельность.

14. Основная цель деятельности медицинской части - гарантированное обеспечение оказания первичной медицинской помощи лицам, содержащимся в Учреждении. В зависимости от местных условий, вида Учреждения, экономической целесообразности и иных обстоятельств медицинская часть может обеспечивать оказание некоторых видов специализированной медицинской помощи.

15. Основными задачами медицинской части являются:

- оказание неотложной медицинской помощи;

- оказание амбулаторной и стационарной медицинской помощи;

- организация и проведение медицинских осмотров, диспансеризации;

- организация и проведение комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

- гигиеническое обучение и пропаганда здорового образа жизни.

16. Медицинская часть может иметь в своем составе амбулаторию, стационар, медицинский изолятор, аптеку и стерилизационную (автоклавную). Все помещения медицинской части оборудуются инженерно-техническими

средствами охраны и надзора.

Наличие в составе медицинской части тех или иных функциональных подразделений, количество коек в стационаре и штатная численность медицинского персонала определяются ФСИН России исходя из особенностей территориального расположения Учреждения по отношению к лечебно-профилактическим учреждениям и лимита наполнения Учреждения, установленного Минюстом России.

17. Амбулатория медицинской части предназначена для оказания амбулаторной медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным, содержащимся в Учреждении.

В состав амбулатории входят кабинеты:

- начальника медицинской части;

- врачебного приема (терапевта, фтизиатра, психиатра, психиатра-нарколога, стоматолога и другие кабинеты);

- доврачебного приема (фельдшера, медсестры);

- физиотерапевтический;

- процедурный;

- вспомогательные диагностические, в т.ч.

функциональной диагностики,

рентгенологический,

флюорографический.

В амбулатории выделяются и оборудуются помещения для:

- лаборатории;

- перевязочных;

- хранения лекарств;

- ожидания приема.

18. Стационар медицинской части предназначен для:

- стационарного обследования и лечения больных с предполагаемой продолжительностью их пребывания до 14 суток;

- временной изоляции инфекционных больных, а также больных с заболеваниями, подозрительными на инфекционные, до их направления в ЛПУ;

- восстановительного лечения больных после выписки их из больницы в соответствии с заключением специалистов;

- стационарного лечения нетранспортабельных больных до улучшения их

состояния и перевода в ЛПУ;

- содержания больных, подлежащих досрочному освобождению по болезни, при невозможности нахождения их в общежитии и отсутствии показаний для направления в больницы уголовно-исполнительной системы (далее - УИС).

19. В режимных корпусах следственных изоляторов и тюрем, а также в штрафном изоляторе (далее - ШИЗО), дисциплинарном изоляторе (далее - ДИЗО), помещении камерного типа (далее - ПКТ), едином помещении камерного типа (далее - ЕПКТ), изолированных помещений строгих условий отбывания наказания оборудуются комнаты для проведения амбулаторного приема подозреваемых, обвиняемых и осужденных (далее - медицинские кабинеты).

20. При наличии психических расстройств у подозреваемых, обвиняемых и осужденных лечебные мероприятия проводятся только в соответствии с назначениями врача-психиатра.

21. Медицинский персонал Учреждения должен владеть профессиональными навыками, соответствующими квалификационным медицинским требованиям.

22. Функциональные подразделения медицинской части обеспечиваются маркированным медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом, помещения, в которых они расположены, должны иметь отопление, горячее и холодное водоснабжение. Помещения медицинской части должны быть оборудованы аварийным освещением и тревожной сигнализацией.

Медицинские части размещаются и содержатся в помещениях в соответствии с государственными санитарными правилами и нормами для лечебно-профилактических учреждений.

23. Руководство медицинской частью осуществляет начальник, назначаемый на должность в установленном порядке. На указанную должность целесообразно представлять специалиста, имеющего высшее медицинское образование.

III. Лечебно-профилактическое обеспечение подозреваемых, обвиняемых и осужденных в медицинской части

24. По прибытии в следственный изолятор всем поступившим (в том числе следующим транзитом) проводится первичный медицинский осмотр с целью выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих, а также больных, нуждающихся в неотложной помощи. Особое внимание обращается на наличие наружных проявлений кожных, венерических, инфекционных и других заболеваний, пораженность педикулезом, проводится сбор эпиданамнеза.

25. Первичный медицинский осмотр проводится в кратчайшие сроки до

направления прибывших подозреваемых, обвиняемых и осужденных в "общие" камеры. Осмотр проводит врач или фельдшер в специально оборудованной медицинской комнате сборного отделения СИЗО, оснащенной аппаратом для измерения артериального давления, фонендоскопом, термометрами, шпателями для осмотра ротовой полости, рефлектором, весами, ростомером.

26. В медицинской комнате ведется журнал медицинских осмотров СИЗО (карантина), где регистрируются основные данные об осмотренных подозреваемых, обвиняемых и осужденных и выявленных у них заболеваниях (повреждениях).

27. На каждого подозреваемого и обвиняемого заполняется медицинская карта амбулаторного больного установленного образца.

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну*(3).

Такая информация может содержаться в вышеуказанном журнале, медицинской карте амбулаторного больного или медицинской карте стационарного больного, другой медицинской документации (в том числе регистрационной).

28. В случае доставки в Учреждение лица, имеющего телесные повреждения, по инициативе дежурного помощника начальника Учреждения (оперативного дежурного) либо по заявлению лица, имеющего телесные повреждения, а также при выявлении телесных повреждений при осмотре медицинским работником (врачом, фельдшером) составляется акт произвольной формы. Указанный акт составляется в двух экземплярах, один из которых приобщается к медицинской карте амбулаторного больного, второй экземпляр выдается на руки подозреваемому, обвиняемому или осужденному под его личную подпись на первом экземпляре акта.

О факте проведения освидетельствования рапортом информируется начальник Учреждения и прокурор, осуществляющий надзор за деятельностью Учреждения. Приобщение акта к медицинской карте амбулаторного больного в обязательном порядке отмечается в листе уточненных диагнозов.

По согласованию с медицинским работником, осуществляющим освидетельствование телесных повреждений, при проведении опроса и осмотра пострадавшего, оформлении медицинской документации либо акта с целью обеспечения его безопасности могут присутствовать иные сотрудники Учреждения, не имеющие медицинского образования.

29. Лица, доставленные из ИВС и нуждающиеся в оказании срочной медицинской помощи в условиях стационара ЛПУ (при отсутствии возможности оказания необходимого вида лечения в СИЗО), в Учреждение не принимаются, а направляются в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение УИС или государственной и муниципальной систем здравоохранения, где данный вид помощи может быть оказан.

30. Лица с подозрением на инфекционное заболевание сразу после осмотра изолируются. Первичная санитарная обработка осуществляется с обязательной дезинфекцией одежды и личных вещей, после чего указанные подозреваемые, обвиняемые или осужденные направляются в специально

выделенные камеры-изоляторы, где им проводится соответствующее обследование с диагностической целью и при необходимости - лечение.

31. Размещение больных производится по указанию медицинского работника. Лица, у которых имеются признаки психического расстройства, в том числе склонность к агрессии и аутоагрессии, размещаются по камерам с учетом рекомендаций врача - психиатра и психолога. Лица, подозрительные на наличие инфекционных или паразитарных заболеваний, размещаются в камерах, выделяемых под карантин. Срок карантина определяется медицинскими показаниями.

32. В срок не более трех дней с момента прибытия в СИЗО все поступившие, кроме следующих транзитом, проходят углубленный врачебный осмотр (в фельдшерских здравпунктах - фельдшерский), а также рентгенофлюорографическое обследование.

33. При проведении осмотра больного врач выясняет жалобы, изучает анамнез заболевания и жизни, проводит внешний осмотр с целью обнаружения телесных повреждений, вновь нанесенных татуировок, иных особых примет, проводит всестороннее объективное обследование, используя общепринятые методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, при наличии показаний назначает дополнительные методы обследования.

Вся получаемая при обследовании информация в установленном порядке фиксируется в медицинской карте амбулаторного больного.

34. Подозреваемые, обвиняемые и осужденные, следующие транзитом, получают необходимое лечение, обследование в соответствии с сопроводительными документами, прилагаемыми к открытой справке личного дела, или при обращении за медицинской помощью.

35. Для выявления инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекции, туберкулеза и других заболеваний проводятся лабораторные исследования.

36. При наличии в штатах медицинской части врачей-специалистов они привлекаются к проведению медицинских осмотров всех прибывших подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

В дальнейшем проводятся плановые (не реже двух раз в год) медицинские осмотры и внеплановые - по показаниям.

37. При ухудшении состояния здоровья либо в случае получения подозреваемым или обвиняемым телесных повреждений его медицинское освидетельствование, а также оказание медицинской помощи проводятся медицинскими работниками СИЗО безотлагательно. Медицинское освидетельствование включает в себя: медицинский осмотр, при необходимости дополнительные методы исследований и привлечение врачей-специалистов. Полученные результаты фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного в установленном порядке и сообщаются освидетельствуемому в доступной для него форме.

38. При выявлении данных, позволяющих полагать, что вред здоровью подозреваемого, обвиняемого или осужденного причинен в результате противоправных действий, медицинский работник, проводивший медицинский осмотр, письменно информирует об этом руководителя Учреждения.

39. Отказ подозреваемого, обвиняемого или осужденного от предлагаемого ему обследования, лечения, иного медицинского вмешательства оформляется соответствующей записью в медицинской документации и подтверждается его личной подписью, а также подписью медицинского работника после беседы, в которой подозреваемому, обвиняемому или осужденному в доступной для него форме разъясняются возможные последствия отказа от предлагаемых лечебно-диагностических мероприятий.

Нежелание подозреваемого, обвиняемого либо осужденного подтверждать свой отказ личной подписью обсуждается медицинскими работниками и фиксируется в медицинской документации.

40. Всем убывающим из СИЗО, в том числе и транзитным, проводится обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям транспортировки. К перевозке не допускаются больные в острой стадии заболевания, больные инфекционными и венерическими заболеваниями, пораженные педикулезом, чесоткой, не прошедшие установленный курс лечения, а также нетранспортабельные больные.

По завершении осмотра дается заключение с отметкой в медицинской карте амбулаторного больного о состоянии здоровья каждого убывающего. Медицинский работник, проводивший осмотр, ставит под заключением и на открытой справке личного дела свою подпись с указанием фамилии, должности и даты.

Преемственность в лечении при переводе больного в другое Учреждение обеспечивается передачей медицинской карты амбулаторного больного с личным делом, где отражается проводимое и рекомендуемое ему лечение.

41. Осужденные, прибывшие в ИУ, помещаются в карантинное отделение на срок до 15 суток. По прибытии все осужденные проходят медицинский осмотр с целью выявления инфекционных и паразитарных заболеваний.

42. В течение этого времени они проходят углубленный врачебный осмотр с целью выявления имеющихся заболеваний, оценки состояния здоровья. В ходе его врачи производят сбор анамнестических данных о перенесенных заболеваниях (в т.ч. эпиданамнез), травмах, операциях, которые регистрируются в медицинской карте амбулаторного больного, при необходимости назначаются дополнительные обследования. Рентгенологическое или флюорографическое обследование органов грудной клетки проводится в возможно кратчайшие сроки (не более 2 недель) при отсутствии данных о проведении этого обследования в течение последних 4 месяцев.

Дальнейший медицинский контроль за состоянием здоровья осужденных осуществляется во время профилактических медицинских осмотров, амбулаторных обращений в медицинскую часть, а также диспансерного наблюдения за лицами, имеющими хронические заболевания.

43. Профилактический медицинский осмотр проводится один раз в год. Два раза в год проходят профилактические медицинские осмотры осужденные, отбывающие наказание в тюрьмах и других ИУ при камерном содержании, а также несовершеннолетние осужденные, в том числе отбывающие наказание в воспитательных колониях.

График проведения этих осмотров утверждается начальником ИУ. В соответствии с графиком начальник медицинской части организует осмотр осужденных силами врачей медицинской части с привлечением необходимых врачей-специалистов лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС. В осмотре обязательно принимают участие терапевт, психиатр, стоматолог (зубной врач), педиатр (в ВК и домах ребенка).

44. Прибытие осужденных для профилактического осмотра в исправительных учреждениях организует и осуществляет начальник отряда, а в тюрьмах - начальник Учреждения.

45. В ходе осмотра проводится:

- сбор анамнестических данных, жалоб;

- антропометрическое исследование (рост, масса тела);

- объективное исследование по органам и системам;

- определение остроты зрения и слуха;

- гинекологический осмотр женщин: пальпаторное исследование грудных желез, взятие мазка для цитологического исследования из влагалища, уретры и при наличии отделяемого - из сосков грудных желез, у девушек - пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям);

- пальцевое исследование прямой кишки лицам старше 40 лет;

- туберкулинодиагностика в установленном порядке;

- анализ крови*(4);

- общий анализ мочи*(5);

- ЭКГ (с 15 лет - 1 раз в 3 года, с 30 лет - ежегодно);

- флюорография (рентгенография) органов грудной клетки - 1 раз в 6 месяцев;

- пневмотахометрия, спирометрия.

Результаты профилактического осмотра вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного.

46. Перед водворением подозреваемых, обвиняемых, осужденных в одиночную камеру или карцер, в ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, ЕПКТ, изолированные помещения строгих условий отбывания наказания после вынесения решения о наказании производится медицинский осмотр с письменным заключением врача (фельдшера) о возможности содержания их в перечисленных помещениях.

Основанием для вынесения медицинского заключения о невозможности содержания наказанного лица в данных помещениях может быть заболевание, травма либо иное состояние, требующее оказания неотложной помощи, лечения либо наблюдения в стационарных условиях (в том числе медицинской части).

47. Лицам, содержащимся в ШИЗО, ДИЗО, ПКТ, ЕПКТ, запираемых помещениях,

а также в карцерах следственных изоляторов, медицинский осмотр и помощь проводятся на месте медработниками при ежедневной проверке санитарного состояния этих помещений, а также при обращениях. В случаях, когда имеется угроза здоровью или жизни лиц, содержащихся в указанных помещениях, медицинский работник принимает меры к срочной доставке такого лица в медицинскую часть.

48. При убытии из Учреждения (перевод, освобождение и т.д.) подозреваемые, обвиняемые, осужденные проходят заключительный медицинский осмотр с оформлением эпикриза.

49. Время для амбулаторного приема в медицинских частях подозреваемых, обвиняемых, осужденных в учреждениях УИС устанавливается распорядком дня соответствующего Учреждения.

50. В следственных изоляторах, тюрьмах подозреваемые, обвиняемые и осужденные обращаются за медицинской помощью к медицинскому работнику во время ежедневного обхода им камер, а в случае острого заболевания - к любому сотруднику. Сотрудник, к которому обратился подозреваемый, обвиняемый или осужденный, обязан принять меры для организации оказания ему медицинской помощи.

Для оказания медицинской помощи лицо, нуждающееся в ней, выводится в медицинский кабинет (амбулаторию), где осуществляется медицинский осмотр и проводятся лечебные мероприятия. При необходимости фельдшер делает соответствующие назначения в пределах своей компетенции или производит запись больных на прием к врачу.

51. Медицинским работникам запрещается находиться в камерах и карцерах следственных изоляторов, тюрем, колоний особого режима, штрафных и дисциплинарных изоляторах, помещениях камерного типа без сопровождения инспекторов (младших инспекторов).

52. В следственных изоляторах, исправительных колониях особого режима и тюрьмах на прием к врачу (фельдшеру) или выполнение процедур больные выводятся индивидуально или группами по 3-5 человек с соблюдением требований изоляции и при надлежащем надзоре. В остальных исправительных учреждениях осужденные прибывают на амбулаторный прием самостоятельно.

53. В каждом отряде ИУ начальником отряда ведется журнал предварительной записи на амбулаторный прием. В следственном изоляторе журнал ведет дежурный по корпусу. Журнал предварительной записи перед началом амбулаторного приема передается в медицинскую часть. После приема журнал возвращается указанным лицам.

Прием без записи в журнале проводится только в экстренных случаях.

54. До начала амбулаторного приема фельдшер (медсестра) подбирает медицинские карты амбулаторного больного, лиц, записанных в журнале предварительной записи на амбулаторный прием, проводит доврачебную сортировку записавшихся на прием в зависимости от срочности оказания медицинской помощи, кратко опрашивает больных для выяснения их жалоб, измеряет у больных температуру тела и определяет очередность их направления к врачу.

При проведении сортировки средний медицинский работник особое внимание обращает на больных с повышенной температурой тела, острыми болями в животе, приступами стенокардии, желтухой и значительной общей слабостью.

Во время приема в амбулатории, а при необходимости с целью обеспечения безопасности в кабинете врача (фельдшера) находится инспектор (младший инспектор). Решение о необходимости его присутствия принимает медицинский работник, осуществляющий амбулаторный прием. Несогласие подозреваемого, обвиняемого или осужденного на присутствие во время осмотра сотрудника, не относящегося к медицинскому персоналу, фиксируется в медицинской карте амбулаторного больного.

55. Амбулаторный прием в установленные часы ведут врачи медицинской части. В Учреждениях, где по штату врач не положен, амбулаторный прием осуществляет фельдшер.

56. При обследовании больного на амбулаторном приеме врач выясняет жалобы, изучает анамнез заболевания и жизни, проводит внешний осмотр с целью обнаружения телесных повреждений, вновь нанесенных татуировок, иных особых примет, проводит всестороннее объективное обследование, используя общепринятые методы осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Особое внимание обращается на тщательное обследование больных с повышенной температурой тела, острыми болями в животе, приступами стенокардии, желтухой и значительной общей слабостью. При обследовании больных выполняются необходимые лабораторные и функциональные исследования.

При выявлении телесных повреждений, вновь нанесенных татуировок, свежих следов от инъекций (при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью подозреваемого, обвиняемого либо осужденного причинен в результате противоправных действий) медицинский работник, проводивший осмотр, докладывает об этом начальнику Учреждения рапортом.

57. После осмотра больного врач кратко и разборчиво заносит в его медицинскую карту амбулаторного больного дату приема, жалобы, данные объективного обследования, диагноз, лечебно-диагностические назначения, делает заключение о необходимости освобождения от работы, указывает дату повторной явки на прием.

58. В сложных случаях установления и дифференциации диагноза заболевания и выработки тактики лечения больные осматриваются комиссионно или направляются на консультацию к врачам-специалистам.

Для консультации привлекаются врачи-специалисты лечебно-профилактических (далее - ЛПУ) и лечебных исправительных учреждений УИС, а также врачи-специалисты ЛПУ муниципальной и государственной систем здравоохранения. Консультация врачами-специалистами может осуществляться в медицинской части Учреждения или в другом лечебном учреждении.

59. Специально выделенный медицинский работник ведет журнал регистрации амбулаторных больных. В журнале регистрации амбулаторных больных врач или фельдшер четко записывает диагноз, заключение об освобождении от работы или нарядов, дату повторной явки к врачу.

60. Заключение на частичное или полное освобождение от нарядов и работы, а для лиц, содержащихся в следственном изоляторе и (или) проходящих лечение в стационарных условиях, от прогулки - выносится врачом, в случае его отсутствия - фельдшером.

61. Списки лиц, освобожденных от работы или прогулки, из медицинской части передаются оперативному дежурному Учреждения.

Учет осужденных, освобожденных от работы, ведется в журнале учета временной нетрудоспособности.

62. Осужденным, привлеченным к оплачиваемому труду, признанным временно нетрудоспособными в связи с заболеванием, травмой, беременностью, родами и уходом за больным ребенком, находящимся в доме ребенка, оформляется листок временной нетрудоспособности в порядке, определенном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерством юстиции Российской Федерации.

63. При переводе в другое лечебное учреждение листок временной нетрудоспособности передается с медицинской документацией, а на открытой справке личного дела осужденного делается отметка о временной нетрудоспособности: дата установления временной нетрудоспособности, номер листка временной нетрудоспособности и дата продления (по число включительно). При следовании транзитом листок временной нетрудоспособности продлевается врачом Учреждения, через которое осуществляется транспортировка, в установленном порядке.

64. В медицинской карте амбулаторного больного делаются записи обо всех назначениях и манипуляциях, независимо от места их проведения (в т.ч. в ШИЗО, ДИЗО, ЕПКТ, ПКТ, камере СИЗО).

65. Медицинские карты амбулаторного больного, листы назначений, листки временной нетрудоспособности на руки подозреваемым, обвиняемым и осужденным не выдаются, хранятся в медицинской части в шкафах под замком, листки временной нетрудоспособности - в металлическом шкафу, сейфе. За учет и хранение их отвечает лицо, назначенное начальником медицинской части. Вместе с медицинской картой амбулаторного больного хранятся журналы регистрации амбулаторных больных.

Указанное положение не должно лишать подозреваемого, обвиняемого и осужденного права на получение информации о состоянии его здоровья. По требованию подозреваемого, обвиняемого или осужденного ему обеспечивается возможность непосредственного ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, осуществляемая в присутствии врача.

66. При направлении больного на консультацию, рентгенологическое, лабораторное и другое исследование, а также на процедуры, которые не могут быть выполнены в медицинской части, медицинскую карту амбулаторного больного выдают лицу, сопровождающему больного. В случае, если сопровождающее лицо не является медицинским работником, то в целях сохранения врачебной тайны медицинская документация передается в заклеенном конверте либо иным способом, не позволяющим ознакомиться с информацией, содержащейся в медицинской документации.

В медицинской карте указываются данные проведенных в медицинской части обследований, предполагаемый диагноз и обоснование направления.

67. Медикаменты подозреваемым, обвиняемым и осужденным на руки не выдаются, прием лекарственных препаратов проводится в присутствии медицинского работника. Исключение могут составлять препараты, не относящиеся к наркотическим, психотропным, сильнодействующим либо ядовитым, назначаемые при заболеваниях, нуждающихся в непрерывном поддерживающем лечении (ишемическая болезнь сердца со стенокардией напряжения и покоя, гипертоническая болезнь со стойким повышением артериального давления, сахарный диабет, эпилепсия и другие подобные заболевания). Решение вопроса о выдаче этих препаратов на руки больному (из расчета на одни сутки) принимается начальником медицинской части (здравпункта, амбулатории) в индивидуальном порядке в соответствии с назначением лечащего врача.

По просьбе больного при согласовании с лечащим врачом и начальником медицинской части больному может быть разрешено в установленном порядке приобретение (получение) необходимых для его лечения медикаментов.

68. Больные, находящиеся на амбулаторном лечении, для приема лекарств и выполнения других лечебно-диагностических процедур являются в медицинскую часть в установленное время. На каждого больного, получающего амбулаторное лечение, оформляется процедурная карточка. Врачебные назначения выполняет фельдшер (медсестра), о чем делает отметки в процедурной карточке. Перед выдачей лекарства фельдшер (медсестра) повторно уточняет у больного переносимость каждого назначенного лекарственного препарата, а также проверяет соответствие выдаваемого препарата и его дозировку назначению.

69. При отсутствии в медицинской части врача-стоматолога (зубного врача) помощь при стоматологических заболеваниях (в основном по неотложным показаниям) оказывает врач (фельдшер) в пределах компетенции.

70. Прием больных в стационар медицинской части осуществляется при наличии в медицинской карте амбулаторного больного заключения врача о необходимости проведения стационарного обследования и лечения, направления на госпитализацию установленного образца.

Данные о вновь поступивших в стационар заносятся в журнал учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации.

71. При поступлении в стационар на больного оформляется медицинская карта стационарного больного (далее - история болезни) с листом назначений, в которой оценивается общее состояние больного, подробно и последовательно записываются жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные объективного исследования, выявленная патология, клиническая оценка выполненных лабораторных и функциональных исследований, предварительный диагноз, диагностические и лечебные назначения. В историю болезни вносится письменное согласие больного на проведение необходимых в ближайшем будущем (с учетом настоящего состояния больного) лечебно-диагностических мероприятий.

Не позднее трех суток с момента поступления больного устанавливается клинический диагноз.

Обо всех случаях экстренной или плановой госпитализации в стационар, а также выписки из него медицинская часть извещает начальника отряда (старшего по корпусу).

72. Все больные, поступающие в стационар, проходят обязательную санитарную обработку. В зависимости от состояния больного санитарная обработка может быть полной или частичной. При необходимости белье больного подвергается дезинфекции. Одежда и обувь хранятся в специально отведенном помещении стационара, нательное белье больного сдается в стирку и возвращается ему при выписке.

73. Больные, представляющие опасность для окружающих (с инфекционными, заразными кожными, психическими заболеваниями), содержатся отдельно. В этих целях в стационаре медицинской части предусматриваются палаты или боксы для раздельного размещения больных по профилю заболевания.

74. Обход больных в стационаре медицинской части производится врачом утром ежедневно. Всех поступивших в течение последних суток в стационар осматривает начальник медицинской части, в последующем он осматривает этих больных по необходимости, но не реже одного раза в неделю и перед выпиской. Результаты осмотра больных начальником медицинской части с диагнозом и рекомендациями заносятся в истории болезни и подписываются им.

Дневник заболевания ведется врачом 1 раз в 2 - 3 дня в случаях легкого течения заболевания и ежедневно в среднетяжелых и тяжелых случаях. Утром и вечером измеряется и записывается в историю болезни температура тела.

75. Врачебные назначения, измерение температуры тела, антропометрические исследования производит дежурный фельдшер (медсестра). Ежедневно он делает выборку назначений из листа назначений.

На дежурного фельдшера (медсестру) также возлагается наблюдение за выполнением больными распорядка дня. С установленным в стационаре распорядком дня больные знакомятся под расписку в истории болезни при поступлении в стационар.

76. Больному может быть назначен постельный, полупостельный или общий режим. Постельный режим назначается больным с повышенной температурой тела, выраженной общей слабостью, явлениями интоксикации, полупостельный - больным, лечение которых требует ограничения двигательной активности; общий - больным, лечение которых не требует ограничения двигательной активности.

77. Во время пребывания в стационаре больной проходит обследование, при котором используются все возможные в условиях медицинской части методы инструментального и лабораторного исследования. При необходимости для консультации привлекаются врачи-специалисты лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС, а также лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Плановые консультации осуществляются по графику, а в неотложных случаях - в любое время суток.

78. Выписка из стационара осуществляется при выздоровлении, стойком улучшении состояния, переводе в другое лечебное учреждение или нарушении распорядка дня, отказе от лечения (при отсутствии угрозы жизни больного или здоровью окружающих). Выписка больного согласовывается с начальником медицинской части, на выписываемого оформляется соответствующий эпикриз, один экземпляр которого остается в истории болезни, другой вносится в медицинскую карту. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и начальником медицинской части.

79. Одной из основных функций медицинской части является организация и оказание неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях, отравлениях, травмах и иных состояниях. Порядок оказания неотложной медицинской помощи определяется начальником медицинской части в зависимости от распорядка работы Учреждения, имеющихся в его распоряжении штатных сил и средств, особенностей дислокации Учреждения по отношению к лечебно-профилактическим учреждениям УИС и территориальным ЛПУ, иных местных условий, утверждается начальником Учреждения и доводится до сведения всех заинтересованных лиц.

Неотложная медицинская помощь может оказываться в объеме первой помощи, доврачебной, первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи (при наличии подготовленных специалистов и соответствующего оснащения).

80. Организация неотложной медицинской помощи обеспечивает:

- возможность немедленного оказания медицинской помощи на месте возникновения заболевания, травмы, отравления или иных состояний;

- быструю доставку больного в медицинскую часть или ближайшее лечебно-профилактическое учреждение с оказанием медицинской помощи в ходе транспортировки;

- немедленное оказание больному в медицинской части неотложной врачебной или до прибытия врача - доврачебной помощи;

- срочную медицинскую эвакуацию больного из медицинской части в лечебно-профилактическое учреждение УИС или территориальное ЛПУ в случае, когда требуется проведение неотложной квалифицированной или специализированной медицинской помощи.

81. Своевременность вызова медработника или скорой медицинской помощи в часы, когда распорядком работы Учреждения не предусмотрено нахождение в нем медицинского персонала, а также обеспечение экстренной эвакуации больного транспортом с охраной и надзором, является обязанностью оперативного дежурного исправительного учреждения, дежурного помощника начальника следственного изолятора, тюрьмы.

82. Мероприятия по оказанию неотложной медицинской помощи проводятся в чистой перевязочной или процедурном кабинете.

Для этого в постоянной готовности следует иметь в процедурном кабинете и перевязочной:

- наборы (посиндромные укладки) для оказания неотложной медицинской

помощи;

- стерильный хирургический инструментарий, шприцы, инъекционные иглы;

- запас стерильного перевязочного материала;

- запас кислорода;

- таблицу с указанием основных симптомов соответствующих заболеваний, руководство по посиндромной неотложной терапии с перечнем средств и мероприятий для оказания неотложной помощи и последующей тактикой ведения больного;

- таблицы совместимости лекарственных средств и осложнений лекарственной терапии.

Каждое клиническое состояние (синдромокомплекс) помечается порядковым номером. Этим же номером помечаются соответствующие наборы медикаментов, сосредоточенные в гнездах специальных шкафов.

В постоянной готовности должна быть портативная медицинская укладка (сумка, чемодан) с набором средств для оказания неотложной помощи вне медицинской части.

83. Все медикаменты, предназначенные для текущего расходования, и имущество для оказания неотложной помощи хранятся в специальных шкафах под замком.

Лекарственные наркотические средства, психотропные, сильнодействующие и ядовитые вещества хранятся только в аптеке (оборудованном охранной сигнализацией помещении административного здания) Учреждения, в металлическом шкафу под замком. Отпуск их медицинской части производится строго по медицинским показаниям с соответствующей записью в медицинской карте амбулаторного больного и книге учета ядовитых, наркотических, психотропных, сильнодействующих, дорогостоящих лекарственных средств и этилового спирта в аптеке.

Перед выдачей лекарств больному каждый раз проверяется соответствие выдаваемого лекарства назначенному и срок годности препарата.

Все медицинские работники систематически принимают меры, направленные на исключение доступа лиц, содержащихся в учреждениях УИС, к медикаментам и медицинскому инструментарию.

84. Направление больных в лечебно-профилактические и лечебные исправительные учреждения осуществляется по медицинским, в том числе противоэпидемическим показаниям.

85. Срочное направление больных на стационарное лечение осуществляется в ближайшее ЛПУ УИС или ЛПУ государственной или муниципальной систем здравоохранения. В направлении на срочную госпитализацию кратко излагаются сведения о состоянии больного и оказанной ему помощи, до госпитализации.

86. Сопровождение больного при транспортировке в стационар УИС осуществляется медицинским персоналом Учреждения-отправителя.

В случае госпитализации больного в ЛПУ государственной и муниципальной систем здравоохранения бригадой скорой медицинской помощи медицинский персонал Учреждения-отправителя для сопровождения больного не привлекается.

87. Для конвоирования и охраны подозреваемых, обвиняемых и осужденных в лечебные учреждения территориальные ЛПУ от службы охраны выделяется временный караул. Надзор за подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными осуществляют сотрудники отдела безопасности Учреждения.

88. В пути следования больного (пострадавшего) должен сопровождать медицинский работник, который обеспечивается необходимыми средствами для оказания в пути неотложной медицинской помощи. При сопровождении инфекционного больного необходимо иметь предметы ухода за больным в соответствии с характером инфекционного заболевания (ведро для сбора и обеззараживания выделений больного, клеенка, - при кишечных инфекциях, ватно-марлевый респиратор - при респираторных инфекциях) и средства дезинфекции. Медицинский работник, сопровождающий инфекционного больного, проводит инструктаж сотрудников временного караула и отдела безопасности о правилах поведения для предупреждения возможного заражения.

89. Транспортировка инфекционного больного в лечебно-профилактическое учреждение осуществляется санитарным или другим оборудованным для перевозки таких больных транспортом.

90. Не допускается одновременная перевозка на одном транспортном средстве больных с разными инфекциями, а также инфекционных и соматических больных.

91. Транспортное средство, на котором инфекционный больной был доставлен в лечебно-профилактическое учреждение УИС, подвергается дезинфекции силами и средствами этого ЛПУ, а при доставке в лечебно-профилактическое учреждение государственной и муниципальной систем здравоохранения - силами и средствами Учреждения-отправителя.

92. Перед эвакуацией больного из медицинской части в лечебно-профилактическое учреждение врач обязан провести необходимые мероприятия, обеспечивающие профилактику развития возможных осложнений при транспортировке:

а) при черепно-мозговой травме: придать пострадавшему удобное положение, не затрудняющее дыхание и предупреждающее аспирацию рвотных масс (повернуть голову на бок), при нарушениях дыхания и сердечной деятельности провести соответствующие лечебные мероприятия;

б) при повреждениях позвоночника и спинного мозга:

- шейного отдела - эвакуация пострадавших на жестком щите, бережная фиксация головы, при расстройствах деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания - введение медикаментозных средств, искусственная вентиляция легких;

- грудного и поясничного отделов - эвакуация пострадавших на жестком щите, проведение необходимых мероприятий при нарушениях сердечно-сосудистой

деятельности, по показаниям - катетеризация мочевого пузыря;

в) при переломах длинных трубчатых костей конечностей, повреждениях сосудов: иммобилизация, остановка кровотечения, введение обезболивающих средств перед транспортировкой и проведение других противошоковых мероприятий.

При подозрении на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости больной подлежит немедленной эвакуации санитарным транспортом в лечебно-профилактическое учреждение в положении лежа в сопровождении медицинского работника. Категорически запрещаются применение обезболивающих средств, задержка больных в медицинской части в целях уточнения диагноза при синдроме "острого живота", закрытой травме живота.

При расстройствах чувствительности кожи избегать применения горячих грелок на конечности.

93. Показаниями для срочной госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение больных хирургического профиля являются:

- заболевания, дающие симптомы "острого живота";

- повреждения сосудов с кровотечением и без него;

- внутреннее кровотечение;

- ранения с повреждением костей, суставов и нервных стволов, переломы костей;

- сотрясения и ушибы головного мозга;

- обширные повреждения мягких тканей;

- повреждения груди с подозрением на пневмоторакс и гемоторакс;

- травмы живота и таза с подозрением на повреждение внутренних органов;

- костный и сухожильный панариции, глубокие абсцессы, карбункулы любой локализации, острые остеомиелиты и артриты;

- ожоги и обморожения II-IV степени;

- другие заболевания и повреждения, требующие оказания срочного хирургического пособия.

К направлению в больницу по срочным показаниям также могут быть отнесены злокачественные новообразования и заболевания, подозрительные на перерождение в злокачественные (в том числе пигментные опухоли кожи, изменяющие цвет и часто кровоточащие при бритье, причесывании и другой травматизации).

94. Срочной госпитализации в больницу подлежат нуждающиеся в неотложной квалифицированной и специализированной медицинской помощи больные с:

- острыми нарушениями коронарного кровообращения (инфаркт миокарда,

затянувшийся приступ стенокардии),

- гипертоническим кризом, не купирующимся в условиях медицинской части;

- ревматизмом (активная стадия);

- острыми отравлениями;

- не купирующимися в условиях медицинской части приступами бронхиальной астмы;

- крупозной пневмонией;

- острым, подострым нефритом;

- острыми нарушениями сердечного ритма, в том числе с явлениями недостаточности кровообращения;

- коматозными состояниями;

- гемолитическими состояниями, анемиями, лимфопролиферативными заболеваниями, лейкозами;

- острой диареей с синдромами обезвоживания и электролитных нарушений;

- лихорадками неясного происхождения, а также больных с подозрением на острое инфекционное заболевание;

- острыми и с обострением хронических инфекционных заболеваний;

- острой, подострой лучевой болезнью;

- сахарным диабетом в случаях, требующих коррекции сахароснижающей терапии;

- другие заболевания, требующие оказания неотложной помощи.

95. Направлению в глазное отделение больницы подлежат:

- все пострадавшие с повреждениями глаз от механических, химических, лучевых воздействий, кроме лиц с инородными телами, поверхностно лежащими в роговице и на конъюнктиве (в случае успешного удаления этих инородных тел в медицинской части); больные с острыми и не поддающимися лечению хроническими заболеваниями придатков глаз;

- все больные с заболеваниями глазного яблока;

- лица с подозрением на глаукому;

- лица с быстро прогрессирующим снижением остроты зрения или с внезапной потерей его и другой патологией.

96. Госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение подлежат больные с ЛОР-патологией:

- часто рецидивирующие носовые кровотечения и (или) при невозможности остановки кровотечения, травмой носа;

- флегмонами полости рта и шеи, затрудняющими дыхание, если быстро нарастающее удушье не потребует неотложной трахеостомии на месте;

- заболеваниями, требующими срочного хирургического вмешательства (с мастоидитами, с подозрением на внутричерепные осложнения гнойного отита);

- тяжелыми формами воспаления глотки, гортани или трахеи (острый отек гортани, заглоточный абсцесс);

- затянувшимся ларингитом при наличии афонии, околоушной флегмоной, острым гнойным средним отитом и обострением хронического гнойного среднего отита;

- острым и обострением хронического параназального синусита;

- дисфагией;

- перихондритом ушной раковины, экземой наружного уха, флегмонозной ангиной и шейным лимфаденитом;

- инородными телами в ЛОР-органах;

- а также с другими заболеваниями и повреждениями, при которых требуется стационарное обследование и лечение в специализированном отделении.

97. Госпитализации с урологической патологией в лечебно-профилактическое учреждение подлежат больные с:

- симптомами гематурии и пиурии;

- мочекаменной болезнью, осложненной почечной коликой,

- опухолями и туберкулезом почек и мочевыводящих путей,

- острым уретритом, циститом, эпидидимитом, простатитом,

- пиело- и гломерулонефритом,

- а также другими воспалительными заболеваниями наружных половых органов и энурезом.

Срочной госпитализации подлежат больные с закрытыми и открытыми повреждениями мочеполовых органов, острой задержкой мочи, анурией, почечной коликой.

98. Срочной госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение подлежат больные с острыми инфекционными заболеваниями нервной системы (менингит, энцефалит), острыми нарушениями мозгового кровообращения, травмами головного, спинного мозга и периферических нервов, пароксизмальными расстройствами сознания и другими острыми заболеваниями нервной системы.

Госпитализация больных с психическими расстройствами осуществляется в острых случаях на основании комиссионного врачебного заключения, а в остальных случаях - с письменного согласия больного.

99. Госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение подлежат больные с венерическими заболеваниями, хроническим фурункулезом, фурункулом лица и шеи, атипическими формами пиодермитов, дисгидротической эпидермофитией, руброфитией, трихофитией, микроспорией, фавусом, осложненной чесоткой, распространенным псориазом, экссудативной эритемой, красной волчанкой, а также другие больные, нуждающиеся в специальных методах обследования и лечения.

100. В больницы направляются больные с одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области (флегмоны, острые остеомиелиты челюстей, абсцессы мягких тканей полости рта), переломами костей лицевого скелета, обширными одонтогенными кистами и доброкачественными опухолями, заболеваниями слизистой оболочки полости рта и другими заболеваниями, требующими стационарного обследования.

IV. Организация деятельности больницы

101. Больницы для подозреваемых, обвиняемых и осужденных являются лечебно-профилактическими учреждениями УИС, предназначенными для оказания квалифицированной и специализированной стационарной помощи, а также стационарного обследования лиц, содержащихся в Учреждениях.

Они могут создаваться как самостоятельные Учреждения УИС, так и в составе других учреждений УИС (ИК, ВК, ЛИУ, СИЗО).

102. Больница как самостоятельное учреждение является юридическим лицом, действует на основании Устава, утвержденного учредителем, имеет печати и штампы с полным наименованием Учреждения.

103. Больница, функционирующая в составе Учреждения уголовно-исполнительной системы, не является юридическим лицом, действует на основании Положения, утвержденного этим Учреждением. Она располагается на изолированной территории. Соответствующим медицинским оборудованием и аппаратурой, хозяйственным инвентарем, транспортом и другим имуществом больница обеспечивается за счет средств Учреждения, которое также осуществляет поддержание режима и организацию специального учета в больнице.

104. В зависимости от поставленных задач, территориального расположения и количества обслуживаемого контингента создаются специализированные и многопрофильные больницы с количеством коек от 50 и более, выполняющие функции центральных, областных (краевых, республиканских), межобластных лечебно-профилактических учреждений УИС.

105. Планирование деятельности, финансирование, учет и отчетность в больнице осуществляются в установленном порядке.

106. В оперативном управлении больницы (являющейся юридическим лицом) находятся фонд основных средств (здания, оборудование, инвентарь), бюджетные средства на содержание больницы и фонд специальных средств для обеспечения лечебной, диагностической и другой деятельности.

Распоряжение поступающими внебюджетными средствами осуществляется в соответствии с уставом больницы.

107. Больница осуществляет:

- оказание квалифицированной и специализированной стационарной медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным, содержащимся в Учреждениях, при наличии медицинских показаний;

- обеспечение преемственности с медицинскими частями учреждений УИС в диагностике, лечении и медицинской реабилитации подозреваемых, обвиняемых и осужденных;

- участие специалистов в проведении плановых профилактических осмотров осужденных с целью выявления лиц с ранними стадиями заболеваний; отбор больных для планового лечения; контроль за выполнением медицинскими частями Учреждений рекомендаций, данных врачами больницы;

- изучение и анализ причин поздней госпитализации, контроль качества лечения подозреваемых, обвиняемых и осужденных на догоспитальном этапе; разрабатывает на этой основе информационные обзоры, рекомендации и предложения для медицинских отделов (отделений) территориальных органов УИС, медицинских частей Учреждений УИС прикрепленных регионов, направленные на повышение эффективности и качества оказания медицинской помощи в местах лишения свободы;

- проведение освидетельствования осужденных, страдающих заболеваниями, препятствующими дальнейшему отбыванию наказания, и представление в суд необходимых материалов для решения вопроса об их освобождении от отбывания наказания по болезни;

- обследование больных с длительной или стойкой утратой трудоспособности, направляемых на медико-социальную экспертизу*(6) (далее - МСЭ), и подготовку необходимой медицинской документации;

- организационно-методическую помощь медицинским частям Учреждений по вопросам диагностики, лечения и медицинской реабилитации подозреваемых, обвиняемых и осужденных;

- освоение и внедрение в практику работы больницы и медицинских частей учреждений уголовно-исполнительной системы новых организационных форм, современных средств и методов диагностики, лечения заболеваний, медицинской реабилитации больных из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных, основанных на достижениях современной науки, практики и передового опыта учреждений здравоохранения;

- повышение профессиональной квалификации врачебного и среднего медицинского персонала больницы и медицинских частей Учреждений путем проведения клинических врачебных конференций, совещаний по вопросам лечебно-профилактической работы в Учреждениях с привлечением в необходимых случаях квалифицированных специалистов из лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, медицинских учебных и научно-исследовательских институтов; осуществление подготовки и переподготовки путем предоставления рабочих мест врачам и средним медицинским работникам

медицинских подразделений СИЗО и ИУ;

- проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на территории больницы, гигиеническое воспитание и обучение больных подозреваемых, обвиняемых и осужденных, находящихся на стационарном лечении, а также осужденных из числа хозяйственной обслуги;

- обеспечение соблюдения правил содержания подозреваемых, обвиняемых и осужденных в больнице, поддержание среди них порядка и дисциплины, предотвращение нарушений требований больничного режима.

108. Руководство больницей осуществляет начальник больницы, назначаемый на должность в установленном порядке. На указанную должность целесообразно представлять специалиста, имеющего высшее медицинское образование и профессиональную подготовку по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье" либо по клинической специальности, а также квалификационную категорию по имеющейся специальности.

109. Начальником учреждения в больнице утверждаются:

- правила пребывания для больных;

- должностные инструкции медицинских работников;

- правила трудового распорядка для персонала.

110. Больница имеет в своем составе:

- приемное отделение (с диагностическими койками или изолятором, санитарным пропускником);

- лечебные отделения по основным профилям коек;

- палаты реанимации и интенсивной терапии;

- лечебно-диагностические кабинеты;

- административно-хозяйственную часть (пищеблок, банно-прачечный комплекс, склады и т.д.);

- организационно-методический кабинет;

- клиническую, биохимическую, бактериологическую и другие лаборатории;

- прозекторскую;

- медицинский архив;

- аптеку;

- иные подразделения, определяемые мощностью больницы и специализацией коек.

111. Набор помещений и оснащение отделений ЛПУ различного профиля медицинской аппаратурой, инструментарием, медикаментами, хозяйственным

инвентарем и оборудованием определяются соответствующими нормативными документами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Все функциональные подразделения больницы обеспечиваются маркированным медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом, должны иметь отопление, горячее и холодное водоснабжение.

112. Все помещения больницы размещаются и содержатся в соответствии с государственными санитарными правилами и нормативами для лечебно-профилактических учреждений. В помещениях больницы должно быть аварийное освещение и тревожная сигнализация.

113. Госпитализации в больницу подлежат лица:

- нуждающиеся в оказании неотложной, квалифицированной и специализированной стационарной помощи;

- страдающие острыми заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, лечение которых в условиях медицинской части недостаточно эффективно;

- нуждающиеся в освидетельствовании для решения вопроса о возможности дальнейшего отбывания наказания в связи с наличием заболевания, препятствующего отбыванию наказания;

- с длительной или стойкой утратой трудоспособности, нуждающиеся в обследовании в связи с направлением на МСЭ;

- в случаях, требующих углубленного клинического обследования для установления окончательного диагноза;

- по эпидемиологическим показаниям.

114. Показанием к срочной госпитализации в больницу являются:

- повреждения или заболевания, при которых оказание срочной помощи в условиях медицинской части в полном объеме не представляется возможным;

- повреждение или заболевания, представляющие непосредственную угрозу для жизни больного и требующие реанимации или интенсивной терапии;

- повреждения, связанные с высокой вероятностью присоединения инфекции;

- острая хирургическая инфекция: в случаях, требующих большого объема оперативного вмешательства; с сомнительным прогнозом; требующих постоянного наблюдения и ухода за больным;

- острые заболевания органов грудной и брюшной полости, требующие постоянного наблюдения за больным или оперативного вмешательства;

- повреждения и острые заболевания сосудов (тромбозы, флебиты, эмболии, эндоваскулиты и другие заболевания сосудов);

- госпитализация с целью уточнения диагноза.

115. Показанием к плановой госпитализации являются:

- заболевания, требующие большого объема оперативного вмешательства, невыполнимого в условиях медицинской части;

- хронические заболевания, лечение которых в условиях медицинской части оказалось неэффективным;

- госпитализация с целью уточнения диагноза, требующая применения специальной аппаратуры или особых условий исследования;

- оказание специализированной помощи, требующей специальной аппаратуры или специальных методов и навыков ведения больного.

Плановая госпитализация направлена на предупреждение развития острых состояний путем своевременного выявления патологии, требующей санации.

116. В лечебно-профилактическом учреждении осужденные больные содержатся с учетом их психического и соматического состояния.

117. Подозреваемые и обвиняемые содержатся отдельно от осужденных. Мужчины, женщины и несовершеннолетние, а также подозреваемые и обвиняемые, проходящие по одному уголовному делу, больные с различными инфекционными заболеваниями содержатся раздельно.

118. На видном месте в коридоре вывешиваются распорядок дня отделения и правила поведения больных.

119. Время проведения свиданий и приема передач регламентируется распорядком дня работы больницы, утверждаемым начальником Учреждения.

Допускается временное непредоставление свиданий и запрещение посещений больного иными лицами при карантине, по другим санитарно-эпидемическим основаниям, а также, если посещение больного может привести к ухудшению его здоровья или представлять угрозу его жизни и здоровью окружающих (в т.ч. прибывших для посещения). Такое решение принимает начальник больницы по письменному заключению лечащего врача и начальника отделения.

120. Устные и письменные заявления и жалобы больных подозреваемых, обвиняемых и осужденных, их родственников и законных представителей регистрируются и рассматриваются администрацией больницы в установленном порядке. Жалобы больных на некорректное отношение к ним со стороны персонала больницы проверяются незамедлительно назначенными начальником больницы лицами. Письма, заявления и жалобы больных направляются адресату в установленном порядке.

В случае, если их содержание отражает болезненные (психопатологические) переживания больного, они регистрируются в специальном журнале, их копии приобщаются к истории болезни в качестве клинического материала.

121. Питание больных организуется в соответствии с нормами питания и с учетом требований диетологии.

Закладка продуктов производится в присутствии диетсестры или ответственного лица, назначенного начальником больницы.

Раздача пищи допускается после снятия пробы с готовых блюд дежурным врачом, результаты снятия пробы фиксируются в журнале. Каждое блюдо приготавливается на кухне по меню-раскладке, утвержденной начальником больницы.

122. Продолжительность ночного сна больных устанавливается не менее 8 часов, послеобеденного отдыха - не менее 1 часа. Ежедневная прогулка предоставляется для всех больных, за исключением случаев, когда имеются клинические и санитарно-эпидемические противопоказания.

123. Больные еженедельно моются в бане (ванне) с последующей сменой нательного и постельного белья. Смена белья у ослабленных больных производится по мере необходимости.

124. Лечение больных в больнице строго индивидуально и комплексно, проводится с использованием лечебно-охранительного режима, рациональных схем медикаментозного лечения, физиотерапии и других методов. Лечение сопутствующих заболеваний в стадии обострения или декомпенсации осуществляется одновременно с лечением основного заболевания.

125. Лечебно-охранительный режим предусматривает создание благоприятных условий для эффективного лечения, нравственного и психологического покоя, уверенности больных в быстрейшем и полном выздоровлении.

126. В больнице каждому больному обеспечиваются необходимые исследования его психического и соматического состояния и, в зависимости от характера заболевания, все современные методы лечения и медицинской реабилитации.

127. Врачебная помощь больным в вечернее и ночное время производится штатными врачами больниц в пределах суммированного рабочего времени за текущий месяц.

Порядок дежурств врачей в вечернее и ночное время определяется правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

128. Для проведения клинико-экспертной работы и решения других вопросов, требующих комиссионного рассмотрения, в установленном порядке в больнице организуются врачебная комиссия. Состав комиссии утверждается приказом за подписью начальника больницы*(7).

В больнице могут также организовываться больничный совет, совет медицинских сестер и другие общественные объединения, действующие в установленном порядке.

129. Начальник или заместитель начальника по лечебно-профилактической работе больницы регулярно проводит совещания с участием начальников отделений и других функциональных подразделений, в ходе которых должностные лица функциональных подразделений больницы докладывают о выполненной работе, о нуждах вверенных подразделений, вносят предложения по улучшению работы. Начальник больницы принимает решение по наиболее сложным вопросам, ставит цели и задачи, исходя из приоритетности решаемых задач.

V. Организация медицинского обеспечения в больнице

130. Направление на стационарное лечение в больницу в плановом порядке осуществляется по предварительному письменному запросу.

131. В исключительных случаях по экстренным показаниям больной может быть госпитализирован без предварительного письменного запроса по согласованию с руководством больницы, но с обязательным последующим (в течение трех суток) предоставлением документов.

132. В необходимых случаях разрешается госпитализировать лиц, заключенных под стражу, в больницы УИС или в лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, при условии обязательного обеспечения в отношении этих лиц установленных для следственных изоляторов требований изоляции, охраны и надзора.

В случае помещения подозреваемого или обвиняемого в больницу УИС или в лечебно-профилактическое учреждение государственной и муниципальной систем здравоохранения об этом уведомляется лицо или орган, в производстве которого находится уголовное дело.

Осужденных, отбывающих наказание в колониях-поселениях, при отсутствии возможности оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, разрешается с их согласия помещать для стационарного лечения в больницы УИС.

133. Прием подозреваемых, обвиняемых и осужденных в больницу из Учреждений, включающий комплекс мероприятий: лечебно-профилактических, специального учета, режимно-охранных и других мероприятий, осуществляется в установленном порядке.

134. Прием больных в больницу осуществляет оперативный дежурный по Учреждению в присутствии дежурного врача.

При приеме поступающего больного указанные выше ответственные лица проверяют наличие необходимой медицинской и иной документации. Дежурный врач принимает всю медицинскую документацию и перед осмотром больного изучает ее.

Поступающие лица в установленном порядке подвергаются обыску, а принадлежащие им одежда и обувь досматриваются, дезинфицируются, принимаются на хранение по описи, заверенной дежурным медперсоналом.

135. В случае поступления больного, нуждающегося в неотложных лечебно-диагностических мероприятиях, они выполняются до проведения вышеуказанных режимно-охранных действий или одновременно с ними.

136. Больные поступают в больницу через приемное отделение, основными задачами которого являются:

- прием, медицинская сортировка, первичное клиническое обследование,

санитарная обработка и направление больных в соответствующие отделения больницы;

- оказание неотложной медицинской помощи;

- проведение амбулаторного приема больных из числа лиц хозяйственной обслуги;

- выявление, учет дефектов в оказании медицинской помощи больным на догоспитальном этапе.

137. Все поступающие в стационар в обязательном порядке проходят санитарную обработку, переодеваются в больничную одежду и обеспечиваются необходимым бельем.

138. Дежурный врач, изучив сопроводительную документацию, производит тщательный телесный осмотр и исследование психического и соматического состояния больного, оценивает наличие у него медицинских показаний для госпитализации в больницу, устанавливает предварительный диагноз заболевания.

После установления предварительного диагноза болезни врач делает необходимые лечебные назначения и направляет больного в соответствующее отделение.

В сложных случаях или при наличии серьезной интерркурентной патологии вопрос о госпитализации решается с участием начальников соответствующих лечебно-диагностических отделений.

139. При госпитализации больного на него заполняется история болезни, куда заносятся все необходимые данные анамнеза, в том числе эпидемиологического, наружного осмотра, объективного и дополнительных методов исследования, оценивается его общее состояние.

140. При отсутствии показаний для госпитализации дежурный врач отказывает в приеме в стационар. Каждый случай отказа с его мотивацией регистрируется в "Журнале учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации" с последующим извещением в течение суток Учреждения, направившего больного. О каждом случае отказа в госпитализации и принятых мерах дежурный врач рапортом ставит в известность начальника больницы или его заместителя.

141. Отказу в госпитализации не подлежат больные с признаками инфекционных заболеваний. До установления заключительного диагноза они в обязательном порядке изолируются от других больных в специализированные отделения или палаты. Вопрос об их дальнейшем лечении решается с учетом существующих возможностей стационара.

Больные с особо опасными инфекциями или с подозрением на них изолируются на месте с проведением необходимого комплекса противоэпидемических мероприятий. Больные с подтвержденным диагнозом особо опасной инфекции переводятся в специализированный стационар.

142. В случае, если больной с пограничным психическим состоянием отказывается от госпитализации в психиатрическое отделение, допускается

его стационарное обследование и лечение врачами-психиатрами на базе неврологического или одного из соматических отделений, при этом для оказания профильной помощи активно привлекается врачебный состав психиатрического отделения.

143. При обнаружении у больного, направленного на лечение, признаков повреждений насильственного характера или иного происхождения дежурный врач докладывает об этом начальнику больницы или его заместителю, который извещает об этом руководство территориальных органов уголовно-исполнительной системы, в ведении которых находится больница. При обнаружении этих повреждений врач, проводивший медицинский осмотр, совместно с дежурным помощником начальника больницы (оперативным дежурным) и начальником караула (старшим конвоя), доставившего подозреваемого, обвиняемого или осужденного, составляет акт.

144. Больные, поступающие в часы работы врачей отделений, помимо врача приемного отделения или дежурного врача больницы осматриваются врачами соответствующих отделений.

145. О каждом больном, поступившем в больницу, в тот же день извещается начальник соответствующего отделения.

146. Больным и пострадавшим, доставленным в больницу, в зависимости от показаний, неотложную медицинскую помощь оказывают в приемном отделении или лечебно-диагностических отделениях.

147. Обследование и лечение больного начинается с момента поступления его в приемное отделение, где определяется состояние больного, объем диагностического обследования и предварительный диагноз заболевания. Это обследование включает:

- клиническое обследование врачом приемного отделения или дежурным врачом;

- выполнение необходимых лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований;

- проведение при необходимости консультаций врачей-специалистов и консилиумов;

- выполнение неотложных лечебных мероприятий.

При поступлении больным проводится определение температуры тела, артериального давления, частоты пульса, массы тела, роста.

148. Результаты исследования психического и соматического состояния больного, анамнестические (катамнестические) данные, предварительный диагноз, данные наблюдения, диагностические и лечебные назначения регистрируются в истории болезни, излагаются полно, последовательно и четко. История болезни является основным документом, составляемым на больного в стационаре.

149. В приемном отделении обеспечивается возможность круглосуточного выполнения следующих диагностических и лабораторных исследований:

- анализ крови: исследование уровня гемоглобина, феномена оседания эритроцитов, количества и состава лейкоцитов, величина гематокрита, время кровотечения и свертывания крови, содержание сахара, протромбиновый индекс;

- общий анализ мочи: определение концентрации водородных ионов мочи (pH мочи) или кислотно-щелочная реакция, удельного веса (относительной плотности) мочи, уровня глюкозы в моче, белка, желчных пигментов в моче и исследование осадка мочи;

- функциональных методов исследования.

150. При наличии необходимости и соответствующих условий приказом за подписью начальника больницы спектр диагностических исследований, проводимых при поступлении в стационар, может расширяться.

151. Для осуществления организационно-методической работы в больницах создаются организационно-методические кабинеты. Они обеспечивают соответствующую помощь медицинским частям Учреждений.

152. В организационно-методической работе кроме сотрудников кабинета принимают участие все начальники отделений и врачи-специалисты больницы. Руководит этой работой заместитель начальника больницы по медицинской части, а в случае его отсутствия - один из наиболее квалифицированных начальников отделений.

153. Больницей обеспечивается постоянная связь врачей-специалистов с медицинскими частями учреждений уголовно-исполнительной системы, обеспечивающая действенный механизм совершенствования лечебно-профилактического обеспечения подозреваемых, обвиняемых, осужденных и повышения эффективности использования коечного фонда.

154. Выезды врачей-специалистов осуществляются по плану больницы или по указанию старшего медицинского начальника. План выездов согласовывается с начальником медицинского отдела (отделения) территориального органа УИС и доводится до сведения всех начальников медицинских частей.

155. Выезды планируются с учетом данных о заболеваемости подозреваемых, обвиняемых и осужденных, а также материалов, характеризующих работу медицинских частей, выявленных дефектов оказания медицинской помощи.

156. В ходе выездов в медицинские части врачи больницы обязаны:

- оказывать организационно-методическую и консультативно-диагностическую помощь медицинским работникам медицинских частей Учреждений по вопросам диагностики, лечения и медицинской реабилитации подозреваемых, обвиняемых и осужденных;

- проводить показательные и консультативные приемы, проводить с врачами разборы дефектов в оказании медицинской помощи;

- совершенствовать преемственность в проведении лечебно-профилактических мероприятий подозреваемым, обвиняемым и осужденным в медицинских частях Учреждений и в больнице;

- осуществлять отбор больных для плановой госпитализации в больницу;

- проверять состояние здоровья лиц, выписанных из больницы, и проведение им рекомендованного лечения;

- обучать врачей медицинских частей новым методам диагностики и лечения больных;

- докладывать начальнику больницы о проделанной работе в медицинских частях и о предложениях по улучшению лечебно-профилактического обеспечения.

VI. Особенности оборудования и организации деятельности лечебно-диагностических отделений

157. В зависимости от решаемых задач больница может иметь в своем составе следующие лечебно-диагностические отделения:

- хирургическое;

- терапевтическое;

- анестезиологии и реанимации;

- инфекционное;

- туберкулезное;

- дерматовенерологическое;

- офтальмологическое;

- неврологическое;

- психиатрическое (психоневрологическое);

- лабораторной диагностики;

- функциональной диагностики;

- рентгенологическое;

- физиотерапевтическое;

- другие лечебно-диагностические отделения.

Отделения хирургического и терапевтического профиля могут быть специализированными:

- травматологическое, урологическое, онкологическое, гнойной хирургии, челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии, торакальной хирургии, фтизиохирургии, сосудистой хирургии, отоларингологическое и другие

отделения;

- кардиологическое, пульмонологическое, нефрологическое и другие отделения.

Лечебно-диагностические отделения являются основными функциональными подразделениями, обеспечивающими выполнение задач, возложенных на больницу.

158. Лечебно-диагностические отделения размещают с учетом следующих требований: отделения смежных специальностей и отделения, близкие по содержанию и характеру работы, располагаются вблизи друг от друга (желательно в одном корпусе); туберкулезное и инфекционное отделения должны быть изолированы друг от друга и от прочих отделений.

159. Рабочий день в лечебно-диагностическом отделении больницы начинается с утренней конференции, на которую привлекается медицинский персонал, заступающий на работу и уходящий со смены. На этой конференции заслушивается дежурная медицинская сестра отделения по результатам работы за прошедшие сутки и отражаются основные вопросы:

- случаи оказания неотложной медицинской помощи во время дежурства;

- число больных в отделении и их состояние;

- изменение состояния больных;

- сведения о вновь поступивших больных;

- выполнение врачебных назначений;

- выполнение больными распорядка дня и правил поведения больных;

- состояние больных, находившихся под наблюдением;

- санитарное состояние отделения и выявленные недостатки.

160. Заслушиваются другие медицинские работники, подводятся итоги и ставятся задачи на текущий день. Конференция проводится под руководством начальника отделения. Вопросы, относящиеся к компетенции врачей отделения, решаются по окончании конференции.

161. Каждое лечебно-диагностическое отделение имеет следующие помещения:

- палаты;

- кабинет начальника отделения, ординаторская;

- кабинет старшей медицинской сестры, помещение медсестер;

- один - два процедурных кабинета;

- раздаточная, оборудованная плитой для подогрева пищи, титаном (кипятильником), моечным оборудованием, и столовая с общим числом посадочных мест не менее 50% от коечной емкости отделения;

- ванная с душами, санитарная комната, клизменная;

- комнаты для хранения чистого и грязного белья, уборочного инвентаря, туалеты с умывальниками.

В отделениях оборудуются палаты на одну-две койки для тяжелобольных.

162. В специализированных отделениях могут иметься операционные, перевязочные, специализированные кабинеты и другие помещения.

163. В терапевтическом отделении должны быть необходимые инструментальные и лекарственные средства для оказания неотложной медицинской помощи при важнейших острых заболеваниях и различных патологических состояниях: острой сердечной и сосудистой недостаточности (отек легких, шок, коллапс), инфаркте миокарда и стенокардии, гипертоническом кризе, пароксизмальной тахикардии, полной атриовентрикулярной блокаде, легочном и желудочном кровотечениях, спонтанном пневмотораксе, бронхиальной астме, коматозных состояниях различной этиологии, остром панкреатите, острой недостаточности надпочечников, анафилактическом шоке, острых инфекциях и отравлениях, терминальных состояниях различной этиологии.

164. Хирургическое отделение обеспечивается всем необходимым материально-техническим оснащением для оказания помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями и травмами.

165. Необходимо постоянно иметь инструментарий, перевязочный материал и белье не менее чем на две полостные операции, запас консервированной крови, кровезаменяющих жидкостей, стерильных растворов и соответствующие медикаментозные средства для наркоза, операций и проведения консервативных неотложных мероприятий в отделении.

166. В неспециализированных хирургических отделениях выделяются палаты для общехирургических, травматологических больных, для больных с гнойными заболеваниями и осложнениями.

167. Тяжелобольные, а также лица, состояние которых отрицательно влияет на окружающих (обильное гнойное отделяемое, кишечные и мочевые свищи и другие подобные состояния), размещаются отдельно в одно - и двухместных палатах.

168. Отдельные элементы специализированной хирургической помощи (травматологическая, нейрохирургическая, сосудистая, стоматологическая, ЛОР и другие виды) могут оказываться в хирургическом отделении больницы специалистами, прошедшими специальную подготовку, при наличии необходимого оснащения.

169. Плановые хирургические вмешательства выполняются с разрешения начальника отделения, сложные операции - с обязательным комиссионным обсуждением. Утром в день операции больной осматривается оперирующим хирургом и анестезиологом.

Операции, за исключением небольших вмешательств (вскрытие панариция, обработка поверхностных ран), проводят при участии врача-ассистента. При отсутствии второго хирурга к ассистенции привлекаются врачи других

специальностей, а при невозможности этого - отсутствие врача-ассистента обосновывается в предоперационном эпикризе.

170. Очередность и последовательность операций устанавливается, начиная с требующих наиболее строгих правил асептики (на щитовидной железе, по поводу грыжи и другие "чистые" операции), затем следуют операции, во время которых возможно загрязнение операционной (на желудочно-кишечном тракте, по поводу различных свищей, гнойных процессов и иных подобных состояний).

Крупные плановые оперативные вмешательства целесообразно выполнять в начале недели. Вмешательства, связанные с инфицированием операционной, назначают на конец недели, приурочивая их к последующей генеральной уборке операционной с мытьем потолков, стен и окон.

171. Операционная сестра обязана вести строгий учет взятых на операцию инструментов, тампонов, салфеток и других материалов, а к концу основного этапа и всей операции проверить их наличие и доложить хирургу.

172. Операционные и перевязочные помещения не реже двух раз в день подвергаются влажной уборке и облучению кварцевыми лампами (при необходимости - чаще), а один раз в неделю - генеральной уборке с мытьем потолков, стен и шкафов.

Бактериологический контроль за качеством уборки, состоянием микробной обсемененности воздуха (до, во время и после окончания операции) и объектов внешней среды, за стерильностью перевязочного и шовного материала, инструментов и других предметов осуществляется не менее одного раза в месяц, а за стерильностью рук хирургов и кожи операционного поля - выборочно один раз в неделю.

173. В палатах для проведения интенсивной терапии устанавливается круглосуточный сестринский пост, обеспечиваемый за счет штатного персонала отделения анестезиологии и реанимации или соответствующего лечебно-диагностического отделения, на базе которого они развернуты (хирургического, терапевтического, неврологического и т.д.). При его недостатке допускается привлечение дежурного персонала других отделений.

По возможности палаты для проведения интенсивной терапии обеспечиваются постоянным врачебным постом. При невозможности этого в рабочее время врачебный контроль и лечение обеспечивают специалисты отделения анестезиологии и реанимации, а в нерабочее время - дежурный врач больницы.

174. Начальник отделения анестезиологии и реанимации совместно с ведущими специалистами или начальниками лечебных отделений ежедневно в установленное время проводит обход больных в палатах интенсивной терапии для согласования тактики лечения и решения вопросов, связанных с переводом больных в профильные отделения. Решение о переводе больного в профильное отделение (из палаты в отделение) принимает начальник отделения анестезиологии и реанимации (врач-анестезиолог).

175. К работе с рентгеновской аппаратурой допускаются лица, имеющие специальное образование (врачи-рентгенологи, рентгенотехники, рентгенолаборанты).

176. Результаты обследования больного, а также суммарную дозу облучения, полученную больным в ходе проведения обследования, врач-рентгенолог записывает в историю болезни.

Врач-рентгенолог отвечает за правильность интерпретации рентгенологической картины, за достоверность сформулированных заключений и выводов.

177. В неотложных случаях рентгенологические исследования проводят в соответствии с указаниями врача, оказывающего медицинскую помощь, независимо от сроков и результатов предшествующих рентгенологических исследований. При отсутствии врача-рентгенолога врач, направляющий больного в рентгенологическое отделение, обязан указать дежурному рентгенолаборанту цель и область исследования. При этом оптимальные проекции для съемки конкретных анатомических областей рентгенолаборант выбирает самостоятельно. Если больной находится в тяжелом состоянии или выполняется специальное рентгенологическое исследование с внутрисосудистым введением контрастных веществ (внутривенная урография, холеграфия и другие сложные методы исследования) присутствие лечащего врача во время проведения исследования обязательно.

178. При организации работы лаборатории предусматривается проведение внутрилабораторного и межлабораторного контроля качества исследований.

Врачи-лаборанты работают во взаимодействии с лечащими врачами, оказывают им методическую и консультативную помощь по вопросам лабораторной диагностики.

179. Врачи отделения функциональной диагностики работают во взаимодействии с лечащими врачами, оказывают им методическую и консультативную помощь по вопросам функциональной диагностики.

180. Физиотерапия назначается лечащим врачом индивидуально, с учетом общего состояния больного. При назначении физиотерапии в истории болезни указываются наименование процедур, область применения, дозировка, периодичность и число процедур.

При отсутствии штатного врача-физиотерапевта его служебные обязанности выполняет врач, прошедший специальную подготовку.

Процедурные карточки хранятся в физиотерапевтическом отделении (кабинете) и после окончания лечения вкладываются в истории болезни.

Физиотерапевтические процедуры проводят медицинские сестры, имеющие специальную подготовку, под контролем врача-физиотерапевта и в соответствии с назначением лечащего врача, записанным в процедурной карточке. При необходимости физиотерапевтические назначения могут корригироваться врачом-физиотерапевтом по согласованию с лечащим врачом. Врач-физиотерапевт отмечает в процедурной карточке реакцию организма на воздействие физических методов лечения и его эффективность. Эти же данные лечащий врач заносит в историю болезни.

181. Больные, поступившие в стационар, размещаются в отделениях и палатах с учетом их состояния и установленного в приемном отделении диагноза. При последующем уточнении диагноза, в случае необходимости, больной

переводится в другое отделение в соответствии с профилем его заболевания.

182. Поступивший больной не позднее первых суток своего пребывания в отделении осматривается лечащим врачом, а в случае поступления в вечерние и ночные часы, выходные или праздничные дни - дежурным врачом.

В случаях, когда характер или клиническая картина заболевания представляет трудности для диагностики, лечения или освидетельствования больных, для консультации в больницу могут привлекаться высококвалифицированные специалисты территориальных ЛПУ либо по предварительной договоренности и с условием обеспечения их охраны больные могут направляться в специализированные лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения или научно-исследовательские учреждения.

183. Перевод больного из одного отделения в другое для проведения специализированного вида лечения производится по заключению врача-специалиста и по согласованию с начальниками соответствующих отделений.

В экстренных случаях перевод осуществляется по распоряжению дежурного врача, о чем делается соответствующая запись в медицинской карте стационарного больного с указанием причин перевода.

184. Обо всех случаях внутрибольничного перевода больных немедленно ставится в известность дежурный помощник начальника больницы, извещается начальник больницы и его заместитель по лечебной работе.

185. Больной, поступивший в лечебно-диагностическое отделение, осматривается лечащим врачом, который выясняет жалобы, анамнез заболевания и жизни, проводит тщательное и последовательное обследование больного, организует выполнение необходимых исследований, устанавливает предварительный диагноз заболевания, составляет план дальнейшего обследования и назначает необходимые лечебные мероприятия.

186. Клинический анализ крови и общий анализ мочи производятся больному не позднее первых двух дней после поступления в стационар, флюорографическое (рентгенологическое) исследование органов грудной клетки - в первые три дня, если флюорография не производилась больному в течение предыдущего госпитализации месяца, и при отсутствии противопоказаний для ее проведения. Повторные анализы крови и мочи, а также другие исследования выполняются больному по показаниям для уточнения диагноза и контроля за эффективностью лечения.

187. При направлении больного на диагностическое исследование лечащий врач должен указать диагноз, цель и область исследования. Заключение о результатах исследования записывается в историю болезни. С результатами исследования лечащий врач знакомится в день их выполнения, в доступной для больного форме информирует его о полученных при обследовании результатах.

188. Клинический диагноз должен быть установлен не позднее 3 суток со дня поступления больного в стационар. Исключение составляют случаи, сложные в диагностическом отношении, при этом в истории болезни указывается причина задержки в установлении диагноза и намечаются дополнительные диагностические исследования и консультации специалистов. В день

установления клинического диагноза в дневнике оформляется запись, его обосновывающая.

189. В процессе лечения больные ежедневно осматриваются лечащим врачом, а начальником отделения - в день поступления и в последующем: находящиеся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии - ежедневно, все остальные - не реже одного раза в неделю.

Результаты осмотра записываются лечащим врачом в историю болезни ежедневно на больных, находящихся в тяжелом и средней тяжести состоянии, с острыми заболеваниями, с неясным диагнозом, при развитии отрицательной динамики течения заболевания. На остальных больных разрешается делать записи об их осмотрах по усмотрению лечащего врача, но не реже двух раз в неделю. Данные о проведении сложных диагностических и лечебных мероприятий (операция, пункция, переливание крови и другие инвазивные вмешательства) подробно записываются в историю болезни, а их проведение обосновано соответствующим эпикризом.

190. Во всех сложных и неясных в диагностическом и лечебном отношении случаях, а также тяжелобольным проводятся консультации специалистов и консилиумы.

191. При формулировке заключительного клинического диагноза врач по возможности отражает этиологию, патогенез заболевания, клинико-морфологические изменения, характер и степень функциональных нарушений, стадию болезни, ее осложнения, а также сопутствующие заболевания.

Изменения в психическом и соматическом состоянии больного, новые назначения и исследования немедленно отражаются в истории болезни. Все записи, сделанные в истории болезни, скрепляются личной подписью лечащего врача, а в случае проведения обходов начальником отделения или консультации врачами-специалистами - их подписями; совместные осмотры, проводимые консилиумы, - подписями всех участников.

192. Лица с длительной или стойкой утратой трудоспособности после всестороннего обследования в условиях стационара с привлечением в необходимых случаях специалистов лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения направляются в установленном порядке для освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы.

193. По окончании стационарного лечения больной выписывается в исправительное учреждение или следственный изолятор, из которого он направлялся на лечение, либо, в случае освобождения осужденного от отбывания наказания по болезни, а также окончания срока наказания в период его нахождения в стационаре, освобождается в установленном законом порядке.

Осужденные, заболевшие в местах лишения свободы заболеванием, препятствующим дальнейшему отбыванию наказания, после всестороннего обследования в условиях стационара с привлечением в необходимых случаях специалистов лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, освидетельствуются специальной комиссией врачей уголовно-исполнительной системы в установленном порядке.

194. В случае, когда подлежащий освобождению осужденный в силу имеющихся у него заболеваний, психического состояния и физических недостатков к избранному месту жительства самостоятельно следовать не может, начальник медицинской части ставит об этом в известность начальника ИУ, который обязан в установленном порядке выделить необходимое количество сопровождающих, в т.ч. при необходимости и медицинского работника.

195. При назначении принудительного лечения в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением такие лица переводятся в указанную больницу в установленном порядке.

196. Освобождаемые психически больные, выписываемые под наблюдение психоневрологического диспансера по месту жительства, а также под опеку или на попечение родственников, передаются им непосредственно в больнице. В случае отсутствия родственников или невозможности их приезда за больным, он сопровождается до места жительства или лечения медицинскими работниками больницы.

197. Осужденные, не прошедшие обязательного лечения, а также требующие специального лечения в медицинских учреждениях закрытого типа, в колонии-поселения до завершения такого лечения не направляются.

198. В больницах, имеющих в своей структуре психиатрические и инфекционные отделения (палаты), устанавливается режим, обеспечивающий соответствующую изоляцию и надзор за поведением этой категории больных.

199. В случае вспышки инфекционного заболевания в отделениях приказом за подписью начальника больницы вводятся режимно-ограничительные меры и проводится комплекс противоэпидемических мероприятий по локализации очага и его ликвидации в соответствии с ранее разработанным планом, учитывающим особенности лечебно-профилактического учреждения.

200. Обо всех случаях внутрибольничной инфекции, несчастных случаях, других чрезвычайных происшествиях, произошедших на территории больницы, администрация больницы извещает руководство медицинского управления (отдела, отделения) территориального органа УИС.

201. По окончании срока отбывания наказания больного, находящегося в больнице и нуждающегося в продолжении лечения, он направляется с выпиской из истории болезни в лечебное учреждение по избранному месту жительства или, по договоренности, в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение государственной и муниципальной систем здравоохранения.

202. Если немедленная отправка больного опасна для его жизни, то с его согласия по медицинскому заключению он может быть временно оставлен в отдельной больничной палате, о чем сообщается в органы прокуратуры и родственникам.

203. Выписка подозреваемых, обвиняемых и осужденных, находящихся на обследовании, лечении или освидетельствовании в больнице, осуществляется в связи с выздоровлением или стойким улучшением состояния либо по их личному заявлению (в случае, если состояние больного позволяет его выписку).

204. Лица, систематически или злостно нарушающие больничный режим, а также отказывающиеся от лечения, могут быть выписаны из больницы по месту отбывания наказания только в случае, когда их психическое и соматическое состояние не представляет непосредственной опасности для себя или окружающих, не обусловливает беспомощности, т.е. неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности либо имеющееся у них заболевание не является тяжелым и не может привести к существенному ухудшению здоровья после выписки из стационара.

Выписка больного производится лечащим врачом с разрешения начальника больницы или его заместителя с оформлением соответствующей записи в истории болезни и в медицинской карте амбулаторного больного.

205. После выписки из стационара история болезни передается в архив. История болезни выписанного больного содержит эпикриз, включающий формальные данные, краткое изложение анамнеза, развития и течения болезни, данные специальных исследований, диагноз, проведенное лечение и рекомендуемые после выписки медицинские реабилитационные мероприятия.

Копия эпикриза подшивается в медицинскую карту амбулаторного больного подозреваемого, обвиняемого, осужденного и вместе с личным делом направляется в следственный изолятор или по месту отбывания наказания в установленном порядке.

В случае освобождения осужденного от отбывания наказания по болезни, а также окончания срока наказания в период его нахождения в стационаре, копия эпикриза направляется в лечебно-профилактическое учреждение системы здравоохранения по месту перевода или жительства больного или выдается ему на руки.

206. В случае смерти больного факт смерти удостоверяется лечащим врачом, а в его отсутствие - дежурным врачом. О смерти больного администрация больницы сообщает в установленном порядке в медицинский отдел территориального органа УИС, прокурору, осуществляющему надзор в местах лишения свободы, лицу или органу, в производстве которого находится уголовное дело, а также родственникам умершего.

207. Выдача тел умерших осужденных их родственникам для захоронения, а также похороны невостребованных тел производятся в установленном порядке.

208. В целях повышения квалификации врачей, улучшения качества диагностики и лечения больных путем всестороннего разбора и обсуждения летальных исходов от наиболее сложных и тяжелых заболеваний проводятся больничные клинико-анатомические конференции.

209. Решение о проведении клинико-анатомической конференции принимает врачебная комиссия, вынося заключение, которое председатель комиссии докладывает начальнику больницы.

К участию в клинико-анатомических конференциях широко привлекаются врачи медицинских частей СИЗО и ИУ. На конференции лечащий врач подробно характеризует особенности развития и течения заболевания с обоснованием диагностических и лечебных мероприятий. Главные внештатные специалисты производят всесторонний клинический разбор проведенных

лечебно-профилактических мероприятий и оценку их своевременности и эффективности, отмечают дефекты лечебно-диагностических мероприятий и их причины. Врач-патологоанатом докладывает об основных изменениях, обнаруженных при вскрытии и гистологическом исследовании органов трупа, заключение о патогенезе найденных изменений и причине смерти, сопоставляет клинический и патологоанатомический диагнозы.

Протокол конференции ведет специально выделенный сотрудник больницы.

Информация о случаях поздней диагностики заболеваний, расхождениях в клиническом и патологоанатомическом диагнозах, несвоевременности и неадекватности проводимых лечебных мероприятий в обязательном порядке доводится до сведения медицинских работников больницы и медицинских частей СИЗО и ИУ.

210. Для обеспечения готовности больницы к оказанию неотложной медицинской помощи, в зависимости от штата и местных условий, устанавливаются также дежурства среднего медицинского персонала и врачей-специалистов в больнице и на дому.

Порядок работы в вечернее и ночное время определяется графиком дежурств медицинских работников по учреждению и должностными обязанностями.

211. В отделениях, кабинетах больницы должны быть:

- инструкции и справочники по оказанию неотложной помощи;

- шкаф со всем необходимым для оказания неотложной помощи;

- все необходимые медикаменты, растворы, сыворотки, противошоковые и кровезаменяющие жидкости, хирургический инструментарий, перевязочный материал, кислород и другое оборудование, необходимое для оказания неотложной помощи.

212. Для оказания неотложной медицинской помощи вне лечебного корпуса в приемном отделении (на посту медицинской сестры) хранится специальный комплект для оказания экстренной медицинской помощи (медицинская укладка). Все необходимое для оказания квалифицированной неотложной медицинской помощи должно находиться в определенном порядке, обеспечивающем быстрое применение нужного препарата лицом, оказывающим помощь больному.

В специализированных отделениях при неотложных состояниях необходимая помощь находящимся там больным обеспечивается вне зависимости от профиля отделения.

213. Для оказания неотложной медицинской помощи необходимо иметь:

- в приемном отделении в процедурном кабинете - шкаф неотложной медицинской помощи, дыхательную, кислородную аппаратуру и другое оснащение, картотеку и инструкцию по оказанию неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях, травмах и отравлениях, а также медицинскую укладку и носилки для оказания неотложной медицинской помощи за пределами лечебного корпуса;

- в хирургическом отделении (операционном блоке) - операционную, подготовленную для производства экстренных хирургических операций;

- во всех лечебно-диагностических отделениях - шкаф неотложной медицинской помощи, укомплектованный с учетом профиля отделения.

214. Расположение поста дежурной медицинской сестры отделения должно обеспечивать быстрый доступ в процедурный кабинет и перевязочные, а также отвечать требованиям безопасности.

215. На посту должны быть: телефон, кнопка тревожной сигнализации, настольная лампа, список больных по палатам с указанием режима, диеты, листы назначений, инструкции по подготовке больных к различным исследованиям, таблицы высших разовых и суточных доз применяемых лекарственных препаратов.

Отделение должно иметь аварийное освещение (аккумуляторные фонари, свечи).

216. Процедурный кабинет отделения оснащается шкафами для медикаментов и инструментов, сейфом для хранения лекарственных наркотических средств, психотропных, сильнодействующих и ядовитых веществ, оборудованный сигнализацией, кушеткой, процедурным столиком, столиком для стерилизаторов, холодильником, стульями, умывальником, а также шкафом неотложной медицинской помощи, укомплектованным медицинским имуществом с учетом профиля отделения, методическими инструкциями по оказанию неотложной медицинской помощи.

217. Медикаменты для текущего использования размещаются в шкафу раздельно по группам: "Внутреннее", "Наружное", "Инъекционное". Запас ядовитых и наркотических лекарственных средств в отделении больницы не должен превышать трехдневной, а на посту дежурной медицинской сестры - однодневной потребности, в выходные и праздничные дни - потребности, соответствующей установленному количеству выходных и праздничных дней, при условиях хранения, исключающих доступ больных.

218. Контроль и наблюдение за поведением больных подозреваемых, обвиняемых и осужденных возлагается на инспекторский состав дежурной смены, осуществляющей надзорные функции, санитаров и медицинский персонал.

VII. Особенности лечебно-профилактической работы в воспитательных колониях

219. По прибытии в воспитательную колонию все осужденные подвергаются обязательному медицинскому осмотру. При этом обращается особое внимание на наличие наружных проявлений кожных, венерических, инфекционных и других заболеваний, пораженность педикулезом, чесоткой.

220. Начальник медицинской части, входящий в состав комиссии,

принимающей вновь поступающих осужденных несовершеннолетних, дает рекомендации по рациональному трудоустройству, направлению на профессиональное и общеобразовательное обучение.

Одновременно выявляются лица, нуждающиеся в лечении и психопрофилактике у врача-психиатра или психологической помощи.

221. Два раза в год всем осужденным в ВК проводят углубленные врачебные осмотры с антропометрическими измерениями и лабораторными исследованиями.

С целью раннего выявления туберкулеза также проводится ежегодная туберкулинодиагностика, флюорографическое обследование всех лиц в возрасте старше 15 лет (1 раз в 6 месяцев).

На основании показателей состояния здоровья (соотношение роста и массы тела, основные показатели деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, состояние опорно-двигательного аппарата, органов зрения, слуха и других показателей), а также физической подготовленности осужденных распределяют для занятий физической подготовкой на группы: основную, подготовительную, специальную и инвалидов. По мере улучшения показателей состояния здоровья их переводят из одной группы в другую.

К основной группе относятся лица без отклонений в состоянии здоровья, а также с незначительными морфофункциональными отклонениями, достаточно развитые физически. Они выполняют обязательные виды занятий по физической подготовке в соответствии с учебной программой, сдают контрольные нормативы и участвуют в физкультурно-оздоровительных мероприятиях, дополнительно могут посещать спортивные секции.

К подготовительной группе относятся лица, имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья, недостаточно физически подготовленные. Занятия по физической подготовке с данной категорией осужденных проводятся под контролем медицинских работников. Они принимают участие в физкультурно-оздоровительных мероприятиях, могут посещать спортивные секции общей физической подготовки.

К специальной группе относятся дети-инвалиды и лица, имеющие значительные отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, допущенные к учебе и трудовой деятельности. Занятия по физической подготовке с ними проводятся по специальной программе с учетом характера и тяжести заболевания и носят лечебную направленность. Для этой категории лиц дополнительно организуются прогулки, подвижные игры, спортивные развлечения при соблюдении правил контроля. Индивидуальные занятия физическими упражнениями проводятся по рекомендации врача.

222. Медицинские работники ВК проводят отбор подростков, нуждающихся по состоянию здоровья в медицинском наблюдении, оздоровительном режиме и усиленном питании, в оздоровительные группы, создаваемые при медицинских частях. В оздоровительную группу направляются подростки:

- физически ослабленные, имеющие вес ниже нормы;

- перенесшие различные тяжелые заболевания, травмы, хирургические

операции;

- имеющие отклонения в состоянии здоровья стойкого характера, отнесенные к специальной группе учета и подлежащие постоянному диспансерному наблюдению.

Начальник медицинской части составляет список лиц, зачисляемых в оздоровительную группу, и утверждает его у начальника ВК.

Срок пребывания в оздоровительной группе определяется врачом и как правило не должен превышать 30 дней. При наличии медицинских показаний он может продлеваться. На этот период осужденные могут содержаться в стационаре медицинской части. Режим дня им определяет начальник медицинской части.

В медицинских картах этой категории лиц производятся соответствующие записи, отражающие контроль веса, режим дня, медикаментозную и витаминотерапию, лечебную физкультуру, трудоиспользование.

223. Для оказания специализированной, консультативной и стационарной медицинской помощи осужденным, по договоренности с территориальными органами управления здравоохранением, воспитательные колонии прикрепляются по месту их дислокации к краевым, областным, городским, районным больницам.

Такая договоренность может предусматривать оказание необходимого содействия медицинским частям воспитательных колоний:

- в проведении профилактических медицинских осмотров осужденных врачами-специалистами (оториноларингологом, окулистом, неврологом, хирургом, стоматологом, психиатром) с выполнением необходимых лабораторных и функциональных исследований;

- в организации и осуществлении диспансерного наблюдения за лицами с выявленными заболеваниями;

- в оказании практической помощи в проведении им необходимых лечебно-профилактических мероприятий.

224. В медицинской части проводится лечение заболеваний с ориентировочным пребыванием в стационаре медицинской части ВК в течение двух недель. Лица с заболеваниями, требующими более длительного срока стационарного лечения, подлежат направлению в больницу УИС или ближайшее лечебно-профилактическое учреждение государственной и муниципальной систем здравоохранения.

VIII. Особенности медицинской помощи женщинам

225. Специфическими задачами медицинских частей Учреждений уголовно-исполнительной системы по медицинскому обеспечению женщин являются:

- проведение профилактических мероприятий, направленных на

предупреждение гинекологических заболеваний, осложнений беременности, родов и послеродового периода;

- проведение комплексных профилактических осмотров женщин;

- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи (в медицинской части СИЗО - консультативной);

- диспансерное наблюдение за гинекологическими больными, беременными и родильницами;

- психопрофилактическая подготовка беременных женщин к родам;

- организация работы "школы матерей";

- санитарно-просветительная работа (в том числе по профилактике абортов);

- обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных с лечебно-профилактическими и лечебными исправительными учреждениями УИС, а также с территориальными ЛПУ, в т.ч. с родильными домами (отделениями).

Кроме того, медицинские работники контролируют:

- питание беременных женщин и кормящих матерей;

- наличие и санитарное состояние комнат гигиены, обеспечение их типовым оборудованием.

226. Родовспоможение беременным женщинам, содержащимся в СИЗО, оказывается, как правило, в родильных отделениях при женских исправительных учреждениях; при их территориальном отсутствии или невозможности своевременной транспортировки, - в родильных домах учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения.

227. Родовспоможение осужденным беременным женщинам оказывается в родильных отделениях, которые организуются при женских исправительных учреждениях, имеющих дома ребенка, и являются составной частью медицинских частей этих Учреждений или создаются при больницах УИС на правах отделений. Родовспоможение беременным групп "риска" осуществляется в родильных домах территориальных ЛПУ.

228. Все беременные с момента установления беременности, а также родильницы подлежат диспансерному наблюдению.

Беременные с акушерской патологией и экстрагенитальными заболеваниями выделяются в группу "риска".

При первичном осмотре беременной необходимо:

- ознакомиться с общим и специальным анамнезом, обратив внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и в зрелом возрасте заболевания (общие и гинекологические), операции, особенности менструальной, половой и репродуктивной функций, течение и исход предыдущих беременностей и родов;

- произвести общий осмотр и специальное акушерское обследование, включая ультразвуковое;

- произвести лабораторные исследования: общий анализ крови (в дальнейшем - при сроке 18 и 30 недель беременности), общий анализ мочи (при каждом посещении), анализ крови на реакцию Вассермана (при первом посещении, в 30 недель беременности и за 2-3 недели до родов), носительство вируса гепатита В и С (при первом посещении и в третьем триместре беременности), определение группы и резус-принадлежности крови, иммунологическое исследование крови на ВИЧ-инфекцию (при первом посещении и в 30 недель беременности), микроскопическое исследование отделяемого влагалища (при первом посещении и в 30 недель беременности).

Беременная женщина осматривается врачом терапевтом, стоматологом, оториноляринголог, при показаниях - другими специалистами.

Посещение врача акушера-гинеколога при нормальном течении беременности у здоровой женщины осуществляется:

- через 7 дней после первого осмотра (с результатами анализов),

- в первую половину беременности - 1 раз в месяц,

- после 20 недель беременности - 2 раза в месяц,

- после 30 недель - 3 - 4 раза в месяц.

Диспансерное наблюдение беременных женщин осуществляется в соответствии с установленным порядком.

Все данные опроса и обследования женщины, а также рекомендации и назначения заносятся в индивидуальную карту беременной и родильницы.

Для беременных женщин намечается план диспансерного наблюдения и родоразрешения с указанием сроков госпитализации.

Индивидуальные карты беременных хранятся в кабинете врача акушера-гинеколога в картотеке по датам назначенного последующего посещения.

229. С момента установления беременности женщина переводится на более легкую работу в соответствии с действующим законодательством.

230. С беременными проводится:

- санитарно-просветительная работа о соблюдении правил личной гигиены, режима труда и отдыха;

- физическая подготовка групповым методом по специальному комплексу упражнений;

- с 14-16 недель беременности проводится обучение в "школе матерей", психопрофилактическая подготовка к родам.

Занятия с беременными (при заболеваниях сердца, сосудов, при токсикозах беременности) проводятся в индивидуальном порядке.

231. Госпитализации для обследования и лечения подлежат беременные женщины:

- при патологическом течении беременности (ранний токсикоз, отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства, преэклампсия; угрожающий выкидыш; кровотечение из родовых путей; резус-конфликтная беременность; несоответствие или подозрение на несоответствие размеров таза и головки плода; переношенная беременность; неправильное положение и предлежание плода; недостаточный или избыточный рост плода, гипоксия плода, антенатальная смерть плода; пузырный занос и других состояниях);

- при экстрагенитальных заболеваниях (пороки сердца, пиелонефрит, гломерулонефрит, гипертоническая болезнь, гипертиреоз, сахарный диабет, анемия, лейкоз, цистит и других заболеваниях);

- при наличии факторов риска беременности: первородящие в 30 лет и старше, многорожавшие, женщины, рожавшие детей с пороками развития;

- при невынашивании в анамнезе, многоплодной беременности, ягодичном предлежании плода, при наличии рубца на матке, миоме матки;

- при невозможности в амбулаторных условиях уточнить диагноз заболевания.

232. Осмотры женщин после родов проводятся:

- первый - на 2-3 сутки после выписки;

- второй - на 7 сутки после выписки;

- заключительный - через 6-8 недель после родов.

- после оперативного родоразрешения - по клиническим показаниям.

233. При первом осмотре производится наружный осмотр, контроль артериального давления. Изучаются данные акушерского стационара о течении и исходе родов, выявляются жалобы, характер и особенности лактации, состояние молочных желез. Вагинальное исследование производится по показаниям. Проводится беседа о соблюдении правил личной гигиены, режима труда и отдыха, питания, об уходе за молочными железами. Консультативные осмотры врачами-специалистами и лабораторные исследования назначаются по показаниям.

234. Порядок и условия диспансерного наблюдения родильниц при физиологическом течении послеродового периода, а также имевших осложнения в родах и послеродовом периоде осуществляются в соответствии с действующими нормативными правовыми документами.

За состоянием здоровья родильницы наблюдает врач акушер-гинеколог, а за развитием новорожденного - врач-педиатр.

При физиологическом течении послеродового периода по истечении 8 недель женщину снимают с диспансерного учета.

Критерием снятия с диспансерного наблюдения является отсутствие патологических изменений в половых органах женщины к моменту окончания послеродового отпуска.

При наличии сопутствующих экстрагенитальных заболеваний диспансеризация осуществляется соответствующим специалистом.

235. Задачи медицинской части учреждений уголовно-исполнительной системы в организации гинекологической помощи:

- профилактика гинекологических заболеваний;

- организация своевременной диагностики, лечения и диспансерного наблюдения гинекологических больных.

236. Выявление гинекологических заболеваний осуществляется при проведении ежегодных профилактических осмотров и при обращении женщин к врачу акушеру-гинекологу.

Осмотру врачом акушером-гинекологом не менее 1 раза в год подлежат все женщины, находящиеся в ИУ, а в СИЗО - не менее 2 раз в год.

При выявлении заболеваний (или подозрении на их наличие) врач проводит:

- сбор общего и специального анамнеза, обращая внимание на наследственность, перенесенные заболевания и операции, особенности менструальной функции, половой жизни, течение и исход беременностей, развитие настоящего заболевания;

- общий и гинекологический осмотр больных;

- осмотр молочных желез;

- взятие мазков для бактериологического и цитологического исследований.

В случае невозможности установления диагноза (или сомнения в нем) врач организует консультацию специалистами лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС либо лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения.

237. Гинекологические больные, подлежащие диспансеризации:

- с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий;

- с эндометриозом;

- со злокачественными новообразованиями;

- с доброкачественными опухолями: опухолевидными образованиями наружных половых органов, с наличием миомы матки;

- с опущением и выпадением стенок влагалища и матки;

- с до и после оперативного лечения;

- с нарушением менструальной функции и патологическим климаксом и другими заболеваниями.

238. Больные, подлежащие плановой госпитализации, проходят предварительное обследование в медицинской части Учреждения, им должны

быть обеспечены места в стационаре.

239. Женщин, имеющих гинекологические заболевания, лечение которых невозможно в стационаре медицинской части, направляют на стационарное лечение в больницы УИС либо в лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения.

240. При направлении в стационар для искусственного прерывания беременности производят:

- анализ крови на реакцию Вассермана;

- определение группы крови и резус-фактора;

- иммунологическое исследование крови на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С;

- бактериологическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала и уретры.

241. Противопоказаниями для искусственного прерывания беременности являются*(8):

- острые и подострые воспалительные процессы женских половых органов, в т.ч. инфекции, передающиеся половым путем;

- острые инфекционные заболевания;

- острые воспалительные процессы любой локализации.

IX. Организация работы домов ребенка

242. В уголовно-исполнительной системе создаются дома ребенка. Дом ребенка является лечебно-профилактическим учреждением охраны материнства и детства.

243. Дома ребенка организуются при женских исправительных колониях для содержания детей осужденных женщин от рождения и до трехлетнего возраста*(9).

244. Порядок направления беременных женщин и женщин с детьми в исправительные учреждения, при которых имеются дома ребенка, определяется действующими нормативными правовыми актами.

245. Дом ребенка возглавляет начальник дома ребенка, назначаемый на должность в установленном порядке. Он осуществляет руководство медицинской, воспитательной и административно-хозяйственной деятельностью в соответствии с законодательством Российской Федерации, другими нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также настоящим Порядком. На указанную должность целесообразно представлять специалиста, имеющего профессиональное образование по специальности "педиатрия" и квалификационную категорию по указанной специальности.

Начальник Учреждения, начальник медицинской части и начальник дома

ребенка, в ведении которых находится дом ребенка, несут непосредственную ответственность за организацию его работы.

246. Дом ребенка обеспечивает:

- воспитание детей и уход за ними;

- организацию и проведение профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационно-оздоровительных мероприятий;

- комплексную оценку состояния здоровья детей и эффективности проводимых им профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационно-оздоровительных мероприятий;

- наблюдение за состоянием здоровья, физическим и психическим развитием детей;

- соблюдение санитарно-гигиенического режима;

- соблюдение режима дня;

- организацию рационального питания и физического воспитания, оптимизацию двигательного режима;

- проведение санитарно-просветительной работы с матерями и персоналом дома ребенка;

- освоение и внедрение новых методов комплексной реабилитации детей;

- повышение квалификации всех категорий специалистов дома ребенка.

247. Дома ребенка размещаются изолировано от жилой зоны Учреждения. Занимаемые домами ребенка земельные участки отгораживаются, оборудуются изолированными друг от друга площадками (по количеству групп) для проведения прогулок и сна детей на свежем воздухе в течение круглого года.

248. Для прохождения карантина организуется специальное помещение, количество коек в котором составляет не менее 10% от штатного числа мест в доме ребенка. Карантинное помещение имеет приемную с 2-3 полубоксами, комнаты для содержания детей вместе с матерями, ванную, туалет со сливом, веранду и отдельную площадку для прогулок детей. В карантинном помещении находятся дети различных возрастов, режим дня строится для каждого ребенка отдельно, а воспитательная работа - в соответствии с возрастом и состоянием здоровья ребенка.

Изолятор размещается в отдельном от групп помещении, имеет отдельный вход. Число коек в нем составляет 10% от числа мест в доме ребенка. Он состоит из приемной с 1 - 3 полубоксами для временной изоляции детей, комнаты для содержания детей вместе с матерями, санитарного узла и ванны.

Карантинное отделение и изолятор обеспечиваются всем необходимым оборудованием и предметами ухода.

В структуре дома ребенка кроме карантинного помещения и изолятора предусматриваются:

- групповое помещение (группа): игровая комната, спальное помещение, санитарная комната;

- процедурный кабинет;

- прививочный кабинет;

- кабинеты для физиотерапевтического лечения;

- кабинет для проведения тепловых процедур;

- зал для занятий лечебной физической культурой.

Помещение дома ребенка, твердый и мягкий инвентарь, медицинское и хозяйственное оборудование должны соответствовать санитарно-гигиеническим нормам.

249. Штаты дома ребенка утверждаются начальником территориального органа УИС в пределах штатной численности и фонда оплаты труда.

250. Все вновь поступающие в дом ребенка дети подлежат врачебному осмотру.

Данные осмотра и психофизического развития детей заносятся в "Медицинскую карту ребенка, воспитывающегося в доме ребенка".

251. В соответствии с Базовой (территориальной) программой обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) на ребенка оформляется страховой полис ОМС.

252. В дома ребенка УИС поступают дети из родильных домов, а также из следственных изоляторов вместе с осужденными матерями.

253. Все вновь принимаемые дети направляются в карантинную группу или при ее отсутствии, в изолятор, где они находятся в течение 21 дня. В карантинной группе (изоляторе) проводятся необходимые лечебно-профилактические мероприятия.

Из карантинной группы (изолятора) ребенок поступает в общую группу. Каждое последующее перемещение ребенка фиксируется в "Медицинской карте ребенка" с мотивированным обоснованием.

254. Дети с острыми инфекционными заболеваниями и другими заболеваниями, требующими стационарного лечения, направляются в детские лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения и до госпитализации содержатся в боксе изолятора.

255. О каждом случае инфекционного заболевания начальник дома ребенка в тот же день сообщает начальнику медицинской части исправительного учреждения. В эпидемическом очаге проводятся режимно-ограничительные, санитарно-противоэпидемические мероприятия, содержание которых зависит от механизма и путей передачи инфекции.

256. Дети, рожденные от матерей, больных или болевших сифилисом, не имеющих активных проявлений заболевания, даже при отрицательной реакции Вассермана, подвергаются обязательному профилактическому

лечению в установленном порядке.

257. Периодичность осмотров и обследования детей отражена в медицинской карте ребенка, воспитывающегося в доме ребенка.

Для консультации детей привлекаются врачи-специалисты лечебно-профилактических учреждений УИС или учреждений территориального здравоохранения.

258. Работа по санитарно-гигиеническому воспитанию и обучению матерей и обслуживающего персонала организуется начальником дома ребенка. Она направлена на повышение санитарной культуры, профилактику заболеваний, привитие навыков по воспитанию и уходу за детьми. Формы санитарно-просветительной работы: бюллетени по вопросам санитарии и гигиены, сезонной профилактики заболеваний, "школа матерей", лекции и беседы на медицинские темы - должны быть доступны для понимания матерей и персонала ИК, актуальны по тематике и наглядны в изложении.

259. При освобождении женщинам, имеющим при себе детей, на руки выдаются под расписку свидетельство о рождении ребенка и выписка из истории развития ребенка, содержащая информацию о состоянии здоровья ребенка, профилактических прививках и перенесенных заболеваниях.

Если при освобождении женщины ребенок болен и нуждается в госпитализации, то, с согласия матери, он помещается с ней в ближайшее детское лечебно-профилактическое учреждение государственной или муниципальной систем здравоохранения.

X. Лечебно-профилактические мероприятия в отношении некоторых заболеваний

Психические расстройства

260. В Учреждениях медицинская помощь, в том числе медицинское освидетельствование, диспансерное наблюдение, лицам, имеющим психические расстройства, осуществляется в соответствии с положениями Закона Российской Федерации от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"*(10).

В целях сохранения психического здоровья подозреваемых, обвиняемых и осужденных, более эффективного включения этих лиц в систему воспитательных и трудовых мероприятий, предупреждения совершаемых правонарушений осуществляется своевременная диагностика, лечение и профилактика психических расстройств у данной категории лиц.

261. В экстренных случаях, когда психическое состояние больного обусловливает непосредственную опасность для себя или окружающих, а также его беспомощность, помощь оказывается психиатром Учреждения по месту нахождения больного до перевода в специализированное

психиатрическое учреждение.

В зависимости от состояния больных за ними устанавливаются дифференцированные виды наблюдения, исключающие возможность попыток к самоубийству, аутоагрессии, нападению, побегу, назначается соответствующее обследование и лечение.

262. Для выявления лиц с психическими расстройствами в Учреждениях проводятся следующие мероприятия:

- перед проведением медицинского освидетельствования подозреваемых, обвиняемых и осужденных врач в обязательном порядке знакомится с материалами личного дела и медицинской документацией на предмет выявления лиц, имевших до ареста психические расстройства, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу или ее проходивших;

- в случае необходимости из лечебно-профилактических учреждений, где наблюдался или проходил стационарное лечение по поводу психического заболевания подозреваемый, обвиняемый и осужденный, запрашиваются выписки из медицинских карт амбулаторного больного и (или) стационарного больного и копии актов судебно-психиатрических экспертиз из учреждений, где данная экспертиза проводилась;

- определение наличия или отсутствия психического расстройства у обследуемого лица осуществляется врачом-психиатром. В случае отсутствия в штатах Учреждения врача-психиатра для этих целей привлекаются врачи-психиатры лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений УИС, а также - территориальных ЛПУ. При подозрении на наличие психического расстройства свои диагностические заключения врачи Учреждения могут выносить только предположительно;

- обязательный осмотр врачом-психиатром лиц, находящихся на принудительном лечении по поводу психических расстройств, не исключающих вменяемости;

- принудительное лечение лиц, имеющих психические расстройства, не исключающие вменяемости, осуществляется амбулаторно в Учреждениях, имеющих в штатах врача-психиатра, а в случае необходимости - стационарно, в психиатрических больницах и психиатрических отделениях больниц УИС;

- лица, неустойчивые в психическом отношении, часто обращающиеся с жалобами невротического характера или с отклонениями в поведении (эмоционально возбудимые, часто совершающие внешне немотивированные поступки, нарушающие режим содержания, конфликтные и т.п.), а также ранее лечившиеся по поводу психических расстройств, признанные судебно-психиатрической экспертизой вменяемыми, но имеющие психические расстройства, освидетельствуются врачом-психиатром при соблюдении принципа добровольности.

В тех случаях, когда вследствие тяжести своего психического состояния лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, является беспомощным либо имеющееся у него психическое расстройство в случае неоказания ему психиатрической помощи способно причинить существенный вред его здоровью, освидетельствование может проводиться без его согласия или согласия его законного представителя.

263. Диспансерное наблюдение и лечение лиц, имеющих психические расстройства, осуществляется в Учреждениях амбулаторно или в стационаре медицинской части в установленном порядке.

264. Лицам, которым назначена судебно-психиатрическая экспертиза (далее - СПЭ), лечебные мероприятия в связи с выявлением психических расстройств осуществляются в соответствии с их психическим состоянием. В случае заключения СПЭ о наличии психического расстройства, свидетельствующего о невменяемости, до решения суда о признании подозреваемого или обвиняемого невменяемым, лечебные мероприятия осуществляются в стационаре медицинской части следственного изолятора с обязательной изоляцией больного от остальных подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

265. После вынесения судебного решения о невменяемости больного до перевода в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением лечебные мероприятия также осуществляются в стационаре медицинской части следственного изолятора с обязательной изоляцией от остальных подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

266. Подозреваемые, обвиняемые и осужденные больные, находящиеся в стационаре медицинской части Учреждения в связи с наличием психического расстройства, осматриваются врачом-психиатром Учреждения не реже двух раз в неделю. В случае отсутствия в штатах Учреждения врача-психиатра, лечебные мероприятия осуществляются начальником медицинской части или врачом-терапевтом по рекомендациям врача-психиатра лечебно-профилактических учреждений и лечебных исправительных учреждений УИС или специализированных учреждений психиатрического профиля государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Результаты осмотра вносятся в медицинскую карту стационарного больного. При выписке больного из стационара составляется подробный эпикриз, который переносится в медицинскую карту амбулаторного больного.

267. Лицам с психическими расстройствами, требующим стационарного лечения, помощь оказывается в условиях медицинской части Учреждения, а в тяжелых и длительно не купирующихся случаях - в межобластных психиатрических больницах и психиатрических отделениях общесоматических больниц УИС.

268. Углубленное и всестороннее обследование в стационаре больных, страдающих хроническим психическим заболеванием, является обязательным при решении вопроса о досрочном освобождении осужденного от дальнейшего отбывания наказания в связи с болезнью.

269. Психиатрическое освидетельствование проводится в установленном порядке врачебной комиссией, состоящей из врачей учреждений уголовно-исполнительной системы. В составе комиссии должно быть не менее 2 врачей-психиатров. По результатам составляется акт психиатрического освидетельствования осужденного. Данная категория больных должна находиться в больнице (отделении) до окончательного решения суда по представленным администрацией больницы материалам.

270. В случае решения суда о применении принудительных мер медицинского характера, больной этапируется в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Алкоголизм и наркомания

271. Осужденные, подлежащие обязательному лечению от алкоголизма и наркомании, содержатся и проходят амбулаторное лечение в лечебных исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы, создаваемых для этих целей.

272. Обязательное лечение больных алкоголизмом, наркоманией проводится врачом психиатром-наркологом или врачом-психиатром, имеющим соответствующую подготовку по наркологии. Основанием для назначения обязательного лечения является комиссионное заключение, вынесенное комиссией врачей-специалистов.

273. Перевод осужденных, не закончивших курс обязательного лечения от наркомании, из специализированного лечебного исправительного учреждения в другое может быть осуществлен лишь в случае крайней необходимости. При этом составляется подробный эпикриз о состоянии больного и проведенном лечении, даются рекомендации по продолжению лечения.

274. При выявлении у осужденного хронического алкоголизма или наркомании, в случаях, требующих лечения, ему предлагается пройти курс лечения от алкоголизма и наркомании в добровольном порядке. Добровольное лечение от алкоголизма и наркомании проводится по месту отбывания наказания при наличии в Учреждении врачей-наркологов, а при их отсутствии - в Учреждениях, имеющих необходимую базу.

275. При отказе от добровольного лечения медицинской комиссией, состоящей из начальника медицинской части ИУ, двух врачей психиатров-наркологов или врачей-психиатров, выносится заключение, на основании которого применяется обязательное лечение.

276. Решение о прекращении обязательного лечения также принимается комиссионно.

277. Лицам, отбывшим наказание с незавершенным курсом лечения, дальнейшее лечение от алкоголизма и наркомании осуществляется в ЛПУ государственной или муниципальной систем здравоохранения по месту жительства с соответствующим их уведомлением.

278. Во всех случаях освобождения от отбывания наказания осужденных, которые проходили обязательное лечение от алкоголизма, наркомании, медицинская часть за один месяц до освобождения направляет в наркологический диспансер по избранному месту жительства освобождаемого выписку из медицинской карты амбулаторного больного о проведенном лечении и его результатах.

Венерические заболевания и заразные кожные болезни

279. Каждый поступающий в следственный изолятор тщательно осматривается с целью выявления признаков венерического заболевания или

заразных кожных болезней. Особое внимание уделяется состоянию кожных покровов волосистой части головы, слизистых оболочек полости рта, половых органов, анальной области. Пальпируются шейные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные и паховые лимфатические узлы.

При подозрении на заболевание сифилисом или гонореей больной обязательно осматривается врачом-дерматовенерологом.

Обоснование диагноза венерического заболевания оформляется в медицинской карте амбулаторного больного.

280. Обязательному серологическому обследованию на сифилис подвергаются все поступившие в СИЗО, с контрольным серологическим исследованием через 3 месяца.

281. Клинико-лабораторному обследованию на гонорею подлежат лица, привлекаемые к уголовной ответственности по ст. 121, 122, 131, 132, 134, 135 Уголовного кодекса Российской Федерации и все женщины, в том числе несовершеннолетние.

282. С целью профилактики врожденного сифилиса в следственных изоляторах и ИУ всем беременным женщинам проводится обязательное трехкратное серологическое обследование.

283. Если при изучении анамнеза у обследуемого лица имеются указания на то, что он до привлечения к уголовной ответственности проходил лечение по поводу венерического заболевания или состоял на учете (серологическом контроле) в кожно-венерологическом диспансере, медицинская часть следственного изолятора в трехдневный срок делает запрос в кожно-венерологический диспансер о диагнозе, проведенном лечении и сроках серологического контроля. Дальнейшее лечение или серологический контроль таких больных проводится в медицинской части следственного изолятора в соответствии с полученными ответами. При положительных результатах обследования проводится лечение скрытого сифилиса в установленном порядке.

284. После установления клинического диагноза венерического заболевания и при отсутствии противопоказаний незамедлительно назначается необходимое лечение.

285. При выявлении венерического заболевания медицинская часть Учреждения направляет извещение по установленной форме в кожно-венерологический диспансер по месту жительства больного до ареста.

286. Если больному сифилисом в учреждениях здравоохранения лечение было не закончено, то лечение такому больному проводится заново.

287. После окончания полноценной специфической терапии любым методом больные сифилисом и лица, получившие превентивное лечение, находятся на клинико-серологическом контроле.

288. Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в тесном бытовом и половом контакте с больным ранними формами сифилиса.

289. Профилактическое лечение проводят беременным, болеющим или болевшим сифилисом, и детям, рожденным такими женщинами (по показаниям).

290. Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после лечения. Если превентивное лечение проводилось в связи с переливанием крови от больного сифилисом, то контроль продолжается в течение 6 месяцев.

Дети, родившиеся от матерей, больных сифилисом, но сами не болевшие врожденным сифилисом, подлежат клинико-серологическому контролю в течение 1 года, независимо от того, получали они профилактическое лечение или нет.

291. Больные нейросифилисом, независимо от стадии развития заболевания, должны находиться под наблюдением в течение 3 лет. Результаты лечения контролируются с помощью серологических исследований сыворотки крови в сроки, указанные выше, а также обязательным ликворологическим обследованием в динамике 1 раз в 6 месяцев до полной санации ликвора.

292. Лица с серорезистентностью находятся на клинико-серологическом контроле в течение 3 лет.

293. Обязательному серологическому обследованию на сифилис подвергаются осужденные, имевшие длительные свидания и краткосрочные отпуска, с контрольной вассерманизацией через 3 месяца.

294. При выявлении больных с заразными формами сифилиса проводится их немедленная изоляция. Обязательной госпитализации после установления диагноза подлежат больные с заразной формой (сифилис первичный, вторичный) и больные ранним скрытым сифилисом (впервые установленным) для проведения превентивного лечения.

295. Госпитализация больных с инфекциями, передающимися половым путем, осуществляется в кожно-венерологические отделения больниц УИС или в другие отделения (инфекционные, терапевтические), в которых для них выделяются отдельные койки (палаты). При невозможности направления в больницу больные венерическими заболеваниями госпитализируются в стационары медицинских частей учреждений с выделением для них отдельных коек (палат).

296. Больные, страдающие сифилисом с поражением внутренних органов и нервной системы, после консультации врача-дерматовенеролога получают специфическое лечение в профильных отделениях больниц. При сифилисе внутренних органов лечение проводят в терапевтических отделениях, при сифилисе нервной системы - в неврологических отделениях.

297. С целью выявления гонореи и сопутствующих урогенитальных инфекций взятие клинического материала для лабораторного исследования осуществляется из всех очагов возможного поражения (из уретры, влагалища, шейки матки и прямой кишки; ротоглотки - по показаниям). Особое внимание при обследовании на гонорею следует обращать на женщин с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы.

Лабораторная верификация диагноза гонореи базируется на результатах микроскопического и (или) культурального исследований.

У лиц, привлекаемых к уголовной ответственности за насильственные действия сексуального характера, проводится дополнительное исследование материала из прямой кишки.

При отрицательных результатах обследования на гонорею и наличии анамнестических данных (половой контакт с больным гонореей в срок до 60 дней) проводится профилактическое лечение.

298. После установления диагноза венерического заболевания с больным проводится беседа о характере заболевания, правилах поведения, сроках лечения и контрольного наблюдения, действующем законодательстве о венерических болезнях. Одновременно заполняется бланк предупреждения лицу, заболевшему венерической болезнью, на котором ставятся подписи больного и врача, после чего предупреждение приобщается к медицинской карте амбулаторного больного или медицинской карте стационарного больного.

299. После установления диагноза венерического заболевания медицинская часть Учреждения в суточный срок направляет в центр Госсанэпиднадзора территориального органа УИС экстренное извещение о заболевании.

300. Перед убытием больного с венерическим заболеванием из следственного изолятора в ИУ врач-дерматовенеролог или врач-терапевт делает запись в медицинской карте амбулаторного больного подозреваемого, обвиняемого, осужденного в виде этапного эпикриза с рекомендациями по дальнейшему лечению и контрольному наблюдению.

301. Запрещается отправка в другие Учреждения лиц с заразными формами сифилиса и гонореей (до проведения им курса противосифилитического или противогонорейного лечения), а также с заразными формами кожных болезней.

302. После прибытия в исправительное учреждение больные, прошедшие курс лечения венерического заболевания, ставятся на диспансерный учет для дальнейшего прохождения лечения и серологического контроля. При отсутствии в штате медицинской части врача-дерматовенеролога ведение этих больных возлагается на врача другой специальности (терапевта) или врача-гинеколога (в женских ИУ).

303. При представлении к условно-досрочному освобождению осужденного, не прошедшего полного курса обязательного лечения венерического заболевания, информация о проведенном лечении и перспективах выздоровления направляется в суд.

304. Осужденным, не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, до окончания курса лечения выезды за пределы исправительных учреждений не предоставляются.

305. При выявлении факта заражения осужденного венерическим заболеванием, которое могло произойти во время длительного свидания, медицинская часть ИУ направляет в кожно-венерологический диспансер поручение о привлечении к обследованию на эти заболевания

предполагаемого источника заражения.

306. О больных, не снятых с диспансерного учета, у которых заканчивается срок отбывания наказания, медицинская часть ИУ за месяц до освобождения информирует кожно-венерологический диспансер по избранному месту жительства освобождающегося. При этом указываются диагноз заболевания, характер проведенного лечения, сроки сероконтроля.

307. В случае возникновения группового венерического заболевания в Учреждении устанавливается усиленное медицинское наблюдение за осужденными на время проведения комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий. Одновременно проводится изоляция заболевших и их половых партнеров. Все содержащиеся в Учреждении подвергаются целевому профилактическому осмотру врачами-специалистами с обязательным проведением серологических реакций. По заключению врача-дерматовенеролога целевой осмотр повторяется через 3 месяца, а телесные осмотры проводятся еженедельно в течение 2 месяцев после регистрации группового заболевания.

Проведение противоэпидемических мероприятий в очаге вспышки инфекции, передающейся половым путем (изоляция и госпитализация больных, выявление источника заражения и контактных лиц), возлагается на медицинские части учреждений УИС, под контролем центров Госсанэпиднадзора территориальных органов УИС.

308. При гнойничковых заболеваниях кожи наряду со своевременным полноценным лечением осуществляется комплекс профилактических мероприятий. Необходимо соблюдение гигиенического режима, улучшение производственных и бытовых условий, исключение факторов, способствующих развитию гнойничковой инфекции кожи, постоянный уход за кожей, особенно после окончания работы на производстве, использование во время санитарной обработки индивидуальных мочалок, правильного режима стирки белья в прачечной с обязательным его глажением.

На производственных объектах должна быть организована само- и взаимопомощь при обработке ран и мелких повреждений кожи. Для этой цели необходимо иметь аптечки, которые хранятся у одного лица (мастера). В целях профилактики гнойничковых заболеваний рабочим применяются индивидуальные средства защиты кожных покровов, предохраняющие их от загрязнения и раздражения (рукавицы, защитные мази, пасты, кремы).

309. В медицинских частях Учреждений на больных микозами кожи стоп заводятся карты диспансерного наблюдения, в которых отражаются проведенное лечение и данные наблюдения.

Профилактика микозов стоп должна быть комплексной, предусматривающей воздействие на все звенья эпидемиологической цепи, включающей в себя: соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил, гигиеническое воспитание, своевременное выявление, диспансерное наблюдение и лечение больных микозами.

Для профилактики микозов стоп в местах прохождения санитарной обработки, в банях, душевых деревянные решетки заменяют резиновыми или пластмассовыми ковриками как более гигиеничными и легко обеззараживаемыми, содержащиеся в Учреждении лица обеспечиваются

продезинфицированными мочалками, банной обувью с обязательной последующей ее дезинфекцией. Для мытья ног должны быть выделены специальные маркированные тазы. Недопустимо пользование обезличенной обувью. От лиц, страдающих потливостью ног, необходимо требовать тщательного ухода за ними, ежедневного мытья их прохладной водой с мылом, короткой стрижки ногтей, частой стирки носков, портянок. При повышенной потливости ног не следует носить резиновую обувь и носки из синтетических материалов.

310. Основной профилактической мерой против распространения чесотки является раннее выявление больных при всех видах медицинских осмотров, а также на амбулаторных приемах в медицинских частях учреждений УИС.

В случае обнаружения больного чесоткой медицинский работник немедленно изолирует больного и начинает его лечение в стационаре медицинской части. Одновременно проводится камерная дезинфекция одежды больного, белья и постельных принадлежностей. При отсутствии камеры верхняя одежда тщательно проветривается, а белье - проглаживается горячим утюгом.

В день выявления больного чесоткой проводится тщательный медосмотр контактных лиц с последующей санобработкой.

ВИЧ-инфекция

311. Организация диагностики, лечения, диспансерного наблюдения и содержания ВИЧ-инфицированных осуществляется на основании требований законодательства в отношении этой инфекции.

312. Все выявленные ВИЧ-инфицированные лица берутся на диспансерный учет.

Диспансерное наблюдение должно обеспечить выполнение следующих задач:

- выявление и лечение имеющихся у больного или вновь возникающих заболеваний, способствующих более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции;

- максимально раннее выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции;

- своевременное назначение специфической терапии;

- оказание всех видов квалифицированной медицинской помощи при соблюдении врачебной тайны.

313. При постановке больного на учет производится его первичное обследование, целью которого является подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции, установление стадии болезни, выявление имеющихся у больного вторичных и сопутствующих заболеваний для определения тактики дальнейшего ведения больного.

Повторные обследования проводятся при ухудшении состояния больного и в плановом порядке в зависимости от стадии болезни.

Цель планового обследования - своевременное выявление угрозы

прогрессирования болезни. Повторные плановые обследования проводят в следующие сроки:

Стадия болезни	Уровень CD4	Интервалы (в неделях)
2-Б, В	> 500	24
		12
	неизвестно	24
3-А, Б, В	> 500	24
		12
	неизвестно	12
4	в зависимости от клинической картины	

Примечания: если впервые выявлено CD < 200 (кроме 3В; 4 стадии), то повторить CD4 через 1 месяц.

В стадии 3В при CD < 200 или неизвестном показателе врачебный осмотр проводят ежемесячно.

Дополнительное обследование проводится по клиническим показаниям. При экстренном обращении врач самостоятельно определяет объем обследования.

При обострении у ВИЧ-инфицированных вторичных заболеваний или развитии терминальной стадии такие больные содержатся раздельно от других ВИЧ-инфицированных.

В период ремиссии вторичных заболеваний у ВИЧ-инфицированных осужденных им могут быть разрешены прогулки и трудовая деятельность с учетом наличия медицинских противопоказаний.

314. Госпитализация больного ВИЧ-инфекцией может проводиться по клиническим, эпидемиологическим и социально-психологическим показаниям.

Клинические показания: возникновение признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции, проявляющееся в виде вторичных заболеваний, требующих стационарного лечения, или необходимость проведения плановых исследований, которые не могут быть осуществлены в амбулаторных условиях.

Эпидемиологические показания: наличие у больных кровотечений или угрозы развития кровохаркания, вторичных заболеваний, которые могут представлять опасность для окружающих (открытые формы туберкулеза).

Социально-психологические показания определяются с участием медицинского специалиста (психиатра). Стационарное лечение больных следует проводить в специализированных учреждениях или отделениях. При их отсутствии лучше использовать инфекционные стационары (желательно их боксовые отделения), что облегчает сохранение врачебной тайны и оберегает больного с ВИЧ-инфекцией от контактов с инфекционными больными.

Туберкулез

315. Руководство Учреждений обеспечивает организацию и проведение комплекса противотуберкулезных мероприятий, в том числе санитарно-

просветительную работу по вопросам профилактики, раннего выявления туберкулеза и контролируемого лечения больных, страдающих туберкулезом.

316. Туберкулезные больницы являются организационно-методическими центрами по противотуберкулезной работе в Учреждениях. Непосредственное руководство по данному направлению деятельности, а также координацию и взаимодействие с учреждениями и территориальными органами управления здравоохранения осуществляют главные фтизиатры (инспекторы-фтизиатры), старшие инспекторы.

317. Основными принципами оказания противотуберкулезной помощи являются:

- активная профилактика туберкулеза;

- ранняя диагностика туберкулеза (особенно бациллярных форм туберкулеза легких) и их эффективное лечение;

- своевременное направление выявленных больных в противотуберкулезные медицинские организации;

- своевременное выявление лиц, контактировавших с больными туберкулезом, их обследование, профилактическое лечение, диспансерное наблюдение;

- изолированное и раздельное содержание:

больных активным туберкулезом от лиц, не состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания;

лиц, наблюдающихся в "0" группе диспансерного учета (далее - ГДУ), от больных I и II ГДУ;

больных, состоящих на учете в I ГДУ, от лиц, состоящих на учете во II ГДУ;

больных, выделяющих микобактерии туберкулеза (далее - МБТ), от других больных активным туберкулезом;

бактериовыделителей с множественной лекарственной устойчивостью (далее - МЛУ) и полирезистентностью от других больных, выделяющих МБТ;

- проведение диспансерного учета, диагностических мероприятий, а также лечения больных туберкулезом в установленном порядке;

- преемственность в диагностике, лечении и диспансерном наблюдении больных туберкулезом с учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения;

- этапность при проведении противотуберкулезных мероприятий;

- обязательное соблюдение противоэпидемического режима.

318. К медицинским противотуберкулезным организациям уголовно-исполнительной системы относятся:

- ЛИУ для содержания и лечения осужденных, больных туберкулезом;

- туберкулезные больницы;

- бактериологические лаборатории по диагностике туберкулеза.

Учреждения (исправительные учреждения, следственные изоляторы), в которых созданы изолированные участки для содержания и лечения больных туберкулезом, а также туберкулезные лечебно-диагностические отделения больниц либо медицинских частей, иные медицинские подразделения, оказывающие противотуберкулезную помощь подозреваемым, обвиняемым и осужденным - исполняют функции медицинских противотуберкулезных организаций.

319. С целью выявления, диагностики, дифференциальной диагностики туберкулеза, эффективного лечения в Учреждениях проводятся:

- рентгенофлюорографическое исследование органов грудной клетки лицам, содержащимся в Учреждениях;

- трехкратное исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (далее - КУМ) у лиц:

с симптомами заболевания, подозрительными на туберкулез;

с продолжительным кашлем (более 3-х недель), сопровождающимся выделением мокроты, мокроты с кровью, болями в грудной клетке;

наличием рентгенологических изменений в легких, подозрительных на туберкулез;

контактировавших с больным туберкулезом, выделяющим МБТ;

- профилактические и противоэпидемические мероприятия;

- дополнительное обследование и диспансерное наблюдение лиц, относящихся к группам риска по заболеванию туберкулезом;

- санитарно-просветительная работа по проблемам, связанным с туберкулезом.

320. При подозрении на туберкулез медицинский работник Учреждения немедленно докладывает об этом начальнику медицинской части и принимает меры, направленные на изоляцию пациента.

321. На всех лиц, имеющих в анамнезе туберкулез, направляются запросы по месту предыдущего учета больного.

322. Одним из основных методов исследования диагностики туберкулеза является микробиологическое исследование мокроты и другого диагностического материала. Оно проводится методами:

- прямой микроскопии;

- люминесцентной микроскопии;

- посева осадка мокроты (иного материала) на питательные среды с определением чувствительности, выделенных штаммов МБТ к

противотуберкулезным препаратам.

323. Больные с хроническим течением туберкулезного процесса (постоянно выделяющие мокроту) обследуются указанным методом периодически, но не реже 1 раза в 6 месяцев.

324. Группы риска по заболеванию туберкулезом формируются для проведения дополнительных диагностических мероприятий (включает клинический минимум исследований на туберкулез) из лиц, имеющих отягощающие факторы, к которым относятся:

- гиперергическая реакция на туберкулин у несовершеннолетних;

- кашель более 3 недель;

- кровохарканье;

- лихорадка более 3 недель;

- снижение массы тела;

- отдельные заболевания и состояния, к которым относятся:

сахарный диабет;

язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

перенесенные резекции желудка или гастрэктомия;

хронические неспецифические заболевания органов дыхания;

пневмония;

заболевания мочеполовых органов, сопровождающиеся гематурией и пиурией;

психические заболевания, а также наркомания, алкоголизм;

заболевание ВИЧ-инфекцией;

длительное лечение лекарственными препаратами групп кортикостероидов и цитостатиков;

иммунодефицитные состояния,

- посттуберкулезные изменения в легких;

- нахождение на учете в III, IV ГДУ.

325. Клинический минимум исследований на туберкулез включает:

- опрос и осмотр;

- рентгенофлюорографическое исследование органов грудной клетки;

- микробиологические исследования мокроты на туберкулез (методами прямой микроскопии трехкратно или методом люминесцентной микроскопии);

- общий анализ крови;

- общий анализ мочи;

- туберкулинодиагностика по показаниям.

326. Клинический минимум исследований на туберкулез проводится при наличии двух и более указанных факторов риска, при выявлении указанных заболеваний или симптомов.

327. С целью повышения качества выявления и диагностики туберкулеза приказом за подписью начальника ЛИУ, ЛПУ создается врачебная комиссия, в состав которой включаются наиболее подготовленные специалисты. Комиссия проводит заседания в зависимости от объема работы 1-2 раза в неделю, ее решения записывают в специальный журнал.

При необходимости комиссия осуществляет выезды в исправительные учреждения и следственные изоляторы.

Подтверждение диагноза туберкулеза производится только решением данной комиссии, она же определяет группу диспансерного учета. Для замены временно отсутствующих членов комиссии предусматривается дублирующий состав. Наиболее сложные случаи представляются на центральную врачебную контрольную комиссию (далее - ЦВКК) областного (краевого, республиканского) противотуберкулезного диспансера (далее - ПТД).

Перевод больных из одной группы диспансерного учета в другую осуществляется также решением врачебной комиссии и оформляется эпикризом, который приобщается к медицинской карте амбулаторного больного.

328. Извещение на каждого впервые выявленного больного активным туберкулезом в Учреждении направляется в вышестоящее медицинское подразделение и областные, краевые, республиканские и другие ПТД, которое заполняется врачом (фельдшером) по месту выявления, после комиссионного подтверждения диагноза туберкулеза.

329. С целью исключения повторной регистрации, ежеквартально и в конце года проводится сверка имеющейся в Учреждениях информации с данными областного (краевого, республиканского) ПТД о количестве впервые выявленных больных туберкулезом.

330. При выявлении туберкулеза больной госпитализируется в противотуберкулезное ЛПУ либо в туберкулезное отделение Учреждения.

Если подтверждение диагноза туберкулеза требует проведения дополнительных методов исследования, выполнение которых невозможно обеспечить в Учреждении, а также пробного лечения, лицо с подозрением на туберкулез направляется в ЛПУ.

331. При направлении на лечение в медицинскую карту больного вкладываются флюорографические кадры и рентгеновские снимки с выявленными туберкулезными изменениями.

332. При выявлении туберкулеза, поступлении в Учреждение больного

туберкулезом, помимо указанных документов, заполняется Карта учета больного туберкулезом, которая приобщается к медицинской карте и находится в ней до освобождения подозреваемого, обвиняемого или осужденного.

333. При освобождении подозреваемого, обвиняемого или осужденного, страдающего активным туберкулезом, а также больного с подозрением на активный туберкулез (окончательный диагноз которым из-за освобождения еще не был установлен), в ПТД, расположенный по месту предполагаемого жительства, направляются выписка из медицинской карты амбулаторного больного (истории болезни). Копия выписки из медицинской карты амбулаторного больного (истории болезни) выдается больному на руки.

Карта учета больного туберкулезом направляется на хранение в следственный изолятор, расположенный в областном (республиканском, краевом) центре.

334. После успешно завершенного стационарного этапа лечения и прекращения бактериовыделения осуществляется перевод больных на амбулаторное лечение в противотуберкулезные ЛИУ.

335. Выдача медикаментов на амбулаторном этапе лечения производится в порядке, определенном Правилами обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2004 N 645*(11).

336. В противотуберкулезных ЛИУ больные, проходящие амбулаторное лечение, размещаются и содержатся в соответствии с принципами раздельного и изолированного содержания, до их перевода в III ГДУ.

337. При невозможности содержания больных туберкулезом в противотуберкулезных ЛИУ они направляются в изолированные участки ИУ, специально создаваемые для содержания таких больных, с соблюдением противоэпидемического режима, установленного для противотуберкулезных организаций.

338. При выявлении у больных признаков реактивации туберкулеза они подлежат немедленной изоляции (помещению в инфекционный изолятор медицинской части Учреждения) и направлению на стационарное лечение в противотуберкулезные учреждения. После убытия больного туберкулезом в помещениях, где он находился (очаг туберкулезной инфекции), проводится заключительная дезинфекция.

339. Мероприятия в очаге туберкулезной инфекции*(12) проводятся в соответствии с санитарными нормами и правилами. Контроль за проведением работы в очагах туберкулезной инфекции осуществляют ведомственные центры Государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

340. Работа в очаге туберкулезной инфекции включает в себя:

- своевременную изоляцию больного (помещение в изолятор медицинской части) до направления в больницу;

- определение источника инфекции;

- выявление лиц, контактирующих с больным активным туберкулезом, взятие их на диспансерный учет, проведение профилактического лечения;

- проведение дезинфекции;

- санитарно-просветительную работу (лекции, беседы, выпуск санитарных бюллетеней).

341. Заключительную дезинфекцию в очаге осуществляют не позднее 24 часов во всех случаях убытия больного из очага (на длительный срок), в том числе смерти.

342. Заключительную дезинфекцию проводят перед проведением капитального ремонта помещений, зданий, где содержались больные туберкулезом, а также перед сносом указанных строений.

343. Сведения о проведенной дезинфекционной работе заносятся в журнал дезинфекций, который хранится в медицинской части Учреждения.

344. Лиц, переведенных на учет в III ГДУ, в ИУ, целесообразно размещать для проживания отдельно от лиц, не состоящих на диспансерном учете по туберкулезу.

345. Лица, состоящие на учете в IV ГДУ, размещаются в Учреждениях на общих основаниях.

346. Профилактическое и противорецидивное лечение туберкулеза назначается и проводится врачом-фтизиатром, а при его отсутствии осуществляется иным медицинским работником, после консультации фтизиатра.

347. Состоящим на учете в III ГДУ лицам, один (два) раза в год двумя противотуберкулезными препаратами проводятся трехмесячные курсы противорецидивного лечения.

348. Профилактическое лечение туберкулеза проводится ежедневно или через день двумя противотуберкулезными препаратами.

Лицам, контактировавшим с больными, выделяющими МВТ, лекарственная устойчивость которых известна, проводится лечение 2 препаратами, к которым сохранена чувствительность.

349. Лицам, состоящим на учете в IV ГДУ, проводят курс профилактического противотуберкулезного лечения в течение 3-6 месяцев, а также общеукрепляющие мероприятия.

350. Профилактическое лечение проводится в амбулаторных условиях, обеспечивая строгий контроль за приемом лекарственных препаратов. В медицинской карте амбулаторного больного подозреваемого, обвиняемого или осужденного производятся соответствующие записи с обязательными отметками о приеме препаратов.

До установления окончательного диагноза профилактическое противотуберкулезное лечение не проводится лицам, у которых имеются

клинические, лабораторные либо рентгенологические данные, позволяющие предполагать развитие туберкулеза.

351. Отказ от проведения профилактического лечения оформляется соответствующей записью в медицинской документации и подписывается подозреваемым, обвиняемым или осужденным, а также медицинским работником после беседы, в которой в доступной для него форме разъясняются возможные последствия отказа от предлагаемого лечения.

Нежелание подозреваемого, обвиняемого либо осужденного подтверждать отказ от предлагаемого лечения личной подписью фиксируется в медицинской документации комиссионно.

352. Постановка на учет, назначение профилактического противотуберкулезного лечения и диетического питания лицам, находившимся в контакте с туберкулезной инфекцией, проводится после установления диагноза туберкулеза у больного, явившегося источником данной инфекции.

353. В случае повторного контакта лица, состоящего на учете по IV ГДУ с больным, страдающим активным туберкулезом, ему вновь проводятся необходимые лечебно-диагностические мероприятия, а срок наблюдения определяется с момента повторного контакта.

354. Диетическое питание по установленной норме назначается*(13):

- больным туберкулезом I, II ГДУ и лицам, состоящим на учете в III ГДУ;

- лицам, состоящим на учете в 0, IV, V, VI ГДУ - на период пробного или профилактического лечения.

Сведения о назначаемом подозреваемому, обвиняемому или осужденному диетическом питании вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного.

355. В случае отказа от приема противотуберкулезных препаратов лицами, состоящими на учете по 0, IV, III ГДУ, диетическое питание не назначается.

356. Труд больных туберкулезом организуется и проводится под постоянным наблюдением и контролем медицинского персонала Учреждения. К труду (в том числе оплачиваемому) могут привлекаться больные туберкулезом, признанные в установленном порядке трудоспособными. Трудоустройство, а также продолжительность рабочего дня указанных лиц определяется с учетом вынесенного клинико-экспертного заключения.

Травмы и отравления

357. Мероприятия по предупреждению травм и отравлений среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных организуются и проводятся всеми службами Учреждения.

Они должны быть целенаправленными, конкретными, отвечающими характеру и задачам обеспечения режима содержания и хозяйственно-производственной деятельности Учреждения.

358. Медицинские части (производственные здравпункты) Учреждений должны быть оборудованы всем необходимым для оказания медицинской помощи пострадавшим при несчастных случаях, травмах, отравлениях и готовыми к обеспечению экстренной доставки их в лечебные учреждения для оказания специализированной медицинской помощи.

359. Медицинское обеспечение производственных объектов осуществляется в следующем порядке:

на ряде объектов организуются здравпункты;

все цеха, самостоятельные участки, мастерские оснащаются аптечками первой помощи. Начальники цехов, участков, мастера обязаны следить за сохранностью и своевременным пополнением аптечек. Пополнение аптечек осуществляют медицинские работники Учреждения;

в каждой производственной бригаде, работающей на отдаленном участке, в цехе или группе бригад, для оказания первой помощи выделяется один из осужденных, специально для этого подготовленный, которого медицинская часть Учреждения обеспечивает санитарной сумкой с медикаментами и перевязочными материалами;

если пострадавший на производстве осужденный нуждается в оказании срочной врачебной помощи, организуется доставка его в медицинскую часть или ближайшее лечебно-профилактическое учреждение;

медицинский работник, оказав помощь пострадавшему, сообщает руководству Учреждения о происшедшем, отражая характер травмы (отравления), его тяжесть и выясненные обстоятельства происшествия;

каждый случай травматизма или отравления регистрируется медицинскими работниками в специальном журнале. Медицинские работники обязательно привлекаются к участию в работе комиссии по расследованию несчастных случаев.

360. Основными мерами предупреждения травм и отравлений являются:

- постоянный контроль со стороны администрации и медицинских работников Учреждений за выполнением требований нормативных правовых актов по обеспечению должного содержания подозреваемых, обвиняемых и осужденных, правильного их трудоиспользования, по предупреждению травм, отравлений и несчастных случаев;

- трудоиспользование осужденных в соответствии с их квалификацией и состоянием здоровья;

- технический инструктаж и оформление допуска к определенным видам работ;

- систематическое проведение с осужденными занятий по изучению основных правил техники безопасности, ознакомлению с мерами личной профилактики травм и отравлений, изучению и практической отработке приемов оказания первой медицинской помощи (в порядке самопомощи и взаимопомощи) при травмах, отравлениях и несчастных случаях;

- санитарно-просветительная работа;

- постоянное наблюдение за лицами, имеющими слабое физическое развитие и хронические заболевания, определение им трудовых рекомендаций и контроль за их трудоустройством;

- систематическое изучение администрацией Учреждений обстоятельств и причин травм и отравлений с разработкой конкретных мероприятий по их предупреждению.

361. Расследование и учет несчастных случаев на производстве проводится в соответствии с требованиями действующих нормативных актов.

XI. Направление подозреваемых, обвиняемых и осужденных на освидетельствование (переосвидетельствование) в учреждения медико-социальной экспертизы

362. На медико-социальную экспертизу направляются лица, содержащиеся в Учреждениях, в случаях нарушения здоровья, приведшего к ограничению жизнедеятельности, со стойкими нарушениями функций организма и нуждающиеся в мерах социальной защиты и медицинской реабилитации.

Лицо, нуждающееся в проведении медико-социальной экспертизы, в установленном порядке в произвольной форме подает письменное заявление на имя руководителя бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения Учреждения.

363. Перед направлением на медико-социальную экспертизу для уточнения диагноза и степени выраженности функциональных нарушений начальник лечебно-профилактического учреждения УИС принимает меры к обследованию лица, содержащегося в Учреждениях, в условиях ЛПУ УИС, а при необходимости - в ЛПУ государственной и муниципальной систем здравоохранения.

364. По результатам клинико-диагностического обследования, подтверждающего выраженные нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности, врачи ЛПУ оформляют направление на медико-социальную экспертизу.

365. Администрация Учреждения формирует и представляет в бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения Учреждения личное дело, характеристику, медицинскую карту амбулаторного больного (медицинскую карту стационарного больного), направление на медико-социальную экспертизу и заявление лица, содержащегося в Учреждении, о проведении освидетельствования (переосвидетельствования), одновременно решается

вопрос о времени и месте проведения освидетельствования (переосвидетельствования).

Если нарушения здоровья связаны с профессиональным заболеванием, для освидетельствования (переосвидетельствования) необходимо заключение центра профессиональной патологии.

В случае, связанном с производственным травматизмом, к указанным документам приобщается акт о несчастном случае на производстве установленной формы.

366. Освидетельствование (переосвидетельствование) может проводиться как непосредственно в Учреждении, так и в бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения Учреждения на общих основаниях.

367. При освидетельствовании (переосвидетельствовании) лица, содержащегося в Учреждении, администрация Учреждения обеспечивает его доставку на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы по месту нахождения Учреждения. Обязательны присутствие врача медицинской части или ЛПУ УИС, а также начальника отряда или воспитателя (далее - представителей администрации) и надлежащая охрана в целях пресечения возможных эксцессов со стороны освидетельствуемого.

368. Справка, подтверждающая факт установления инвалидности подозреваемого, обвиняемого или осужденного, в установленном порядке приобщается к его личному делу.

369. Выписка из акта освидетельствования (переосвидетельствования) о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в дополнительных видах помощи, выдается представителям администрации Учреждения для направления работодателю.

370. Решение бюро медико-социальной экспертизы может быть обжаловано в порядке, определенном разделом V Положения о признании лица инвалидом, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 13.08.1996 N 965 "О порядке признания граждан инвалидами".

XII. Медицинское обеспечение подозреваемых, обвиняемых и осужденных при перевозках и освобождении из учреждений

371. Перед отправкой из Учреждения все подозреваемые, обвиняемые и осужденные проходят обязательный медицинский осмотр для определения возможности этапирования.

372. Инфекционные больные, больные сифилисом, не завершившие курс лечения, больные острой гонореей до излечения из одного исправительного учреждения или СИЗО в другое не перевозятся, за исключением перевода в

лечебные учреждения.

В этих случаях, а также осужденные, страдающие психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, перемещаются отдельно от здоровых осужденных и при необходимости (по заключению врача Учреждения-отправителя) - в сопровождении медицинских работников.

Этапирование больных сифилисом производится только в перерывах между курсами лечения с разрешения лечащего врача.

373. При перевозках в вагонах нуждающихся в медицинском сопровождении осужденных для них выделяются медицинские работники из штата Учреждения-отправителя.

Необходимость в сопровождении больных осужденных медицинскими работниками определяется начальником медицинской части Учреждения-отправителя.

Перевозка женщин с беременностью свыше 6 месяцев или с детьми в возрасте до трех лет производится в специальных вагонах изолированно от остальных осужденных в сопровождении медицинских работников.

При следовании медицинских работников в специальных вагонах им предоставляется место для отдыха в купе проводника и постельные принадлежности. При отсутствии необходимости в постоянном медицинском наблюдении за осужденным, о чем должна быть сделана отметка на открытой справке личного дела, допускается следование медицинских работников в соседнем вагоне. Периодичность посещения и осмотров сопровождаемых определяется Учреждением-отправителем.

374. Медицинский персонал, выделенный для сопровождения осужденных, обязан:

- присутствовать при приеме караулом осужденных, контролировать полноту и качество проведения им комплексной санитарной обработки перед отправкой;

- при выявлении инфекционных больных, заболевших в пути следования и нуждающихся в квалифицированной врачебной помощи, через начальника караула (эшелона) принять меры к их госпитализации в ближайшее ЛПУ УИС или в лечебно-профилактическое учреждение государственной и муниципальной систем здравоохранения и проведению необходимых противоэпидемических мероприятий силами центра Госсанэпиднадзора ближайшего территориального органа УИС или территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

- в пути следования контролировать санитарное состояние эшелона, порядок и условия хранения продуктов и обеспечение питьевой водой;

- вести регистрацию всех обратившихся за медицинской помощью;

- по прибытии к месту назначения участвовать в сдаче осужденных, имущества и в оформлении документации.

375. Оказание необходимой медицинской помощи конвоируемым осужденным, сотрудникам в пути следования караулов при отсутствии сопровождающих медицинских работников производится силами ближайших лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения.

376. Направление подозреваемого, обвиняемого и осужденного, отказывающегося от приема пищи, на судебный процесс, в следственные органы и места лишения свободы производится отдельно от других подозреваемых, обвиняемых или осужденных (в отдельной камере специального вагона или специальной машине) в сопровождении медицинского работника.

377. Если дальнейший отказ от приема пищи в пути следования будет угрожать здоровью и жизни подозреваемого, обвиняемого и осужденного, то по письменному заключению сопровождающего медицинского работника он должен быть сдан в одно из ближайших Учреждений для обеспечения необходимой медицинской помощи.

---

*(1) В соответствии со статьей 12 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 "В государственную систему здравоохранения входят медицинские организации, в том числе лечебно-профилактические учреждения; фармацевтические предприятия и организации; аптечные учреждения, создаваемые федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения, другими федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации".

*(2) По всему тексту документа применяются как указываемые в скобках после слова "далее" сокращения, так и полные наименования.

*(3) Часть 1 статьи 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1.

*(4) Исследование уровня гемоглобина, феномена оседания эритроцитов, количества и состава лейкоцитов.

*(5) Определение концентрации водородных ионов мочи (pH мочи) или кислотно-щелочная реакция, удельного веса (относительной плотности) мочи, уровня глюкозы в моче, белка, желчных пигментов в моче и исследование осадка мочи.

*(6) Постановление Правительства Российской Федерации от 10 августа 1996 г. N 965 "О Порядке признания граждан инвалидами" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 34, ст. 4127).

*(7) Состав медицинской комиссии лечебно-профилактического учреждения УИС по проведению медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания утверждается начальником территориального органа УИС.

*(8) За исключением прерывания беременности по жизненным показаниям.

*(9) Если ребенку, содержащемуся в доме ребенка исправительного учреждения, исполнилось три года, а матери до окончания срока отбывания наказания осталось не более года, администрация исправительного учреждения может продлить время пребывания ребенка в доме ребенка до окончания срока отбывания наказания матери. (Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации ч. 3 ст. 100).

*(10) Закон Российской Федерации от 02.07.1992 N 3185-I "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" опубликован в Ведомостях Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, N 33, ст. 1913.

*(11) Постановление Правительства Российской Федерации от 17.11.2004 N 645 "Об утверждении Правил обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 47, ст. 4663; Российская газета, 2004, N 259).

*(12) Очаг туберкулезной инфекции устанавливается после выявления больного активным туберкулезом, независимо от наличия выделения МБТ, а также от того, впервые выявлен больной или выявлен рецидив заболевания.

*(13) Независимо от места содержания подозреваемого, обвиняемого или осужденного.