Приложение

Утверждены
постановлением
Правительства
Кыргызской Республики
от 9 октября 2015 года №
696

ПРАВИЛА
оказания медицинской помощи лицам, содержащимся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики

(В редакции постановления Правительства КР от 25 декабря 2018 года № 617)

1. Общие положения

1. Медицинская помощь подследственным, подсудимым и осужденным к лишению свободы предоставляется в учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы (далее - учреждения) в соответствии с законодательством Кыргызской Республики и настоящими Правилами.

(В редакции постановления Правительства КР от 25 декабря 2018 года № 617)

2. Медицинская помощь подследственным, подсудимым и осужденным к лишению свободы предоставляется медицинскими подразделениями учреждений (медицинская часть, лечебное исправительное учреждение, лечебно-профилактическое учреждение), создаваемыми для этих целей, либо государственными и муниципальными организациями здравоохранения Кыргызской Республики (далее - организации здравоохранения).

3. В случаях, когда медицинская помощь не может быть оказана в медицинских подразделениях учреждений, подследственные, подсудимые и осужденные могут получать необходимое лечение в организациях здравоохранения.

4. Медицинская помощь оказывается в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медицинской помощью.

Подследственные, подсудимые и осужденные могут получать дополнительную лечебно-профилактическую помощь сверх объема Программы государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медицинской помощью, оплачиваемую за счет собственных средств. Такие медицинские услуги предоставляются специалистами в условиях организаций здравоохранения или медицинских подразделений учреждений.

2. Организация медицинской помощи

5. Организация медицинской помощи подследственным, подсудимым и осужденным включает комплекс профилактических, лечебно-диагностических мероприятий, направленных на обеспечение их прав на охрану здоровья.

6. Подследственные, подсудимые и осужденные, отбывающие наказание в колонии-поселении, в том числе осужденные, проживающие вне колонии-поселения, в случае заболевания проходят лечение на общих основаниях в организациях здравоохранения.

7. Основная цель деятельности медицинской части - оказание первичной медицинской помощи лицам, содержащимся в учреждении. В зависимости от материально-технической базы медицинская часть может обеспечивать оказание некоторых видов специализированной медицинской помощи.

8. Медицинская часть учреждения осуществляет:

- медицинское обследование подследственных, подсудимых и осужденных с целью выявления заболеваний;

- диспансерное наблюдение и учет подследственных, подсудимых и осужденных;

- лечение больных подследственных, подсудимых и осужденных;

- хранение и выдачу подследственным, подсудимым и осужденным лекарственных средств, иных изделий медицинского назначения;

- определение медицинских противопоказаний по профессиональной пригодности осужденных, привлекаемых к оплачиваемому труду;

- проведение экспертизы временной нетрудоспособности.

9. 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 службой медицинского обеспечения уголовно-исполнительной системой Кыргызской Республики исходя из особенностей территориального расположения учреждения по отношению к организациям здравоохранения и лимита его наполнения.

10. Стационар медицинской части предназначен для:

- стационарного обследования и лечения больных с предполагаемой продолжительностью их пребывания до 10-14 суток;

- временной изоляции инфекционных больных, а также больных с заболеваниями, подозрительными на инфекционные, до их направления в другие медицинские учреждения уголовно-исполнительной системы или организации здравоохранения;

- восстановительного лечения больных после выписки их из других медицинских учреждений уголовно-исполнительной системы в соответствии с заключением специалистов;

- стационарного лечения нетранспортабельных больных до улучшения их состояния и перевода в другие медицинские учреждения уголовно-исполнительной системы или организации здравоохранения.

11. Амбулатория медицинской части предназначена для оказания амбулаторной медицинской помощи подследственным, подсудимым и осужденным, содержащимся в исправительном учреждении.

12. Санитарно-эпидемиологический надзор в учреждениях уголовно-исполнительной системы осуществляется в соответствии с Законом Кыргызской Республики "Об общественном здравоохранении".

3. Лечебно-профилактическое обеспечение подследственных, подсудимых и осужденных в медицинской части следственных изоляторов, исправительных учреждениях, воспитательных колониях, тюрьмах

13. По прибытии в следственный изолятор 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. Проводится лабораторное исследование на наличие инфекций, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ.

14. Первичный медицинский осмотр проводится в кратчайшие сроки до направления прибывших подследственных, подсудимых и осужденных в "общие" камеры. Осмотр проводит врач или фельдшер в специально оборудованном медицинском кабинете.

15. В медицинском кабинете следственного изолятора ведется журнал медицинских осмотров, где регистрируются основные данные об осмотренных подследственных, подсудимых и осужденных, выявленных у них заболеваниях (повреждениях).

16. На каждого подследственного, подсудимого и осужденного заполняется медицинская карта амбулаторного больного по форме, утверждаемой руководителем государственного органа уголовно-исполнительной системы.

17. 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 по форме, утверждаемой государственным органом уголовно-исполнительной системы.

18. Лица, доставленные из изолятора временного содержания и нуждающиеся в оказании срочной медицинской помощи в условиях стационара организации здравоохранения (при отсутствии возможности оказания необходимого вида

лечения в следственном изоляторе), в учреждение не принимаются, а направляются в организации здравоохранения, где данный вид помощи может быть оказан.

19. Размещение больных производится по указанию медицинского работника. Лица, у которых имеются признаки психического расстройства, в том числе склонность к агрессии и автоагрессии, 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.

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

21. Подследственные, подсудимые и осужденные, следующие транзитом, получают необходимое лечение, обследование в соответствии с сопроводительными документами, прилагаемыми к справке личного дела, или при обращении за медицинской помощью.

22. При наличии в штатах медицинской части врачей-специалистов они привлекаются к проведению медицинских осмотров подследственных, подсудимых и осужденных.

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

24. При ухудшении состояния здоровья либо в случае получения подследственным, подсудимым и осужденным телесных повреждений его медицинское освидетельствование, а также оказание медицинской помощи проводятся медицинскими работниками следственного изолятора 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 лицу в доступной для него форме.

25. При выявлении данных, позволяющих полагать, что вред здоровью подследственного, подсудимого и осужденного причинен в результате противоправных действий, медицинский работник, проводивший медицинский осмотр, письменно информирует об этом руководителя учреждения.

26. Отказ подследственного, подсудимого и 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 подследственному, подсудимому или осужденному в доступной для него

форме разъясняются возможные медицинские последствия отказа от предлагаемых лечебно-диагностических мероприятий.

Нежелание подследственного, подсудимого или осужденного подтверждать свой отказ личной подписью фиксируется в медицинской документации.

27. Всем убывающим из следственного изолятора, в том числе транзитным, проводится обязательное медицинское освидетельствование для определения пригодности к условиям транспортировки, а также флюорографическое обследование, если отсутствуют данные о проведении этого обследования в течение последних шести месяцев.

По завершении осмотра дается заключение с отметкой в медицинской карте амбулаторного больного о состоянии здоровья каждого убывающего.

Преемственность в лечении при переводе больного в другое учреждение обеспечивается передачей медицинской карты амбулаторною больного с личным делом.

28. Осужденные, прибывшие в исправительные учреждения, воспитательную колонию, тюрьму, помещаются в карантинное отделение на срок до 10 суток. По прибытии они проходят медицинский осмотр с целью выявления инфекционных и паразитарных заболеваний.

29. В течение этого времени осужденные проходят врачебный осмотр с целью выявления имеющихся заболеваний, оценки состояния здоровья. В ходе осмотра врачи производят сбор анамнестических данных о перенесенных заболеваниях, травмах, операциях, которые регистрируются в медицинской амбулаторной карте, при необходимости назначаются дополнительные обследования. Дальнейший медицинский контроль за состоянием здоровья осужденных осуществляется во время профилактических медицинских осмотров, амбулаторных обращений в медицинскую часть, а также при диспансерном наблюдении за лицами, имеющими хронические заболевания.

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

31. График проведения профилактических осмотров утверждается начальником учреждения. В соответствии с графиком начальник медицинской части организует осмотр осужденных силами врачей медицинской части с привлечением необходимых врачей-специалистов лечебно-профилактических и лечебных учреждений уголовно-исполнительной системы. В осмотре обязательно принимают участие терапевт, стоматолог, при необходимости привлекаются другие врачи-специалисты.

32. Для водворения в одиночную камеру, штрафной изолятор, помещение камерного типа после вынесения решения о наказании подследственным, подсудимым или осужденным проводится медицинский осмотр с письменным заключением врача (фельдшера) о возможности содержания его в перечисленных помещениях.

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

33. Лицам, содержащимся в штрафном изоляторе, помещении камерного типа, запираемых помещениях (строгих условий отбывания наказаний), медицинский осмотр проводится 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.

(В редакции постановления Правительства КР от 25 декабря 2018 года № 617)

34. При убытии из учреждения (перевод, освобождение и т.д.) подследственные, подсудимые и осужденные проходят заключительный медицинский осмотр с оформлением эпикриза.

35. Время для амбулаторного приема в медицинских частях подследственных, подсудимых и осужденных в учреждениях, устанавливается распорядком дня соответствующего учреждения.

36. В следственных изоляторах, тюрьмах подследственные, подсудимые и осужденные обращаются за медицинской помощью к медицинскому работнику во время ежедневного обхода их камер, а в случае острого заболевания - к любому сотруднику. Сотрудник, к которому обратился подследственный, подсудимый и осужденный, обязан принять меры для организации оказания ему медицинской помощи.

Для получения 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.

37. Медицинским работникам запрещается находиться в камерах следственных изоляторов, тюрем, колоний особого режима, штрафных изоляторах, помещениях камерного типа без сопровождения сотрудников службы режима и надзора учреждения.

38. 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 исправительных учреждениях осужденные прибывают на амбулаторный прием самостоятельно, строго в часы приема, установленные распорядком дня соответствующего учреждения, кроме случаев, требующих неотложной помощи.

39. Амбулаторный прием в установленные часы ведут врачи медицинской части. При отсутствии в штатах учреждения врача амбулаторный прием осуществляет фельдшер.

Во время приема больных в амбулатории с целью обеспечения безопасности в кабинете врача (фельдшера) присутствует сотрудник службы режима и надзора.

40. В сложных случаях установления и дифференциации диагноза заболевания и выработки тактики лечения больные осматриваются комиссионно или вызываются врачи-специалисты, при возможности - направляются на консультацию к врачам-специалистам.

Для консультации привлекаются врачи-специалисты других учреждений или врачи-специалисты организации здравоохранения. Консультация врачами-специалистами осуществляется в медицинском части учреждения или в другом лечебном учреждении.

41. 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, дату повторной явки к врачу.

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

43. Списки лиц, освобожденных от работы или прогулки, из медицинской части передаются дежурному помощнику начальника колонии, в следственных изоляторах - дежурному помощнику начальника следственного изолятора.

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

44. Медицинские карты амбулаторного больного, листы назначений на руки подследственным, подсудимым и осужденным не выдаются, хранятся в медицинской части в специально отведенном шкафу по картотечной системе. За их учет и хранение отвечает лицо, назначенное начальником медицинской части. Вместе с медицинской картой амбулаторного больного хранятся журналы регистрации амбулаторных больных.

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

45. 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.

46. Медикаменты подследственным, подсудимым 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 веществам, 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) в индивидуальном порядке в соответствии с назначением лечащего врача.

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

47. 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 делается отметка 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.

48. 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 больных в стационар заносятся в журнал учета приема, выписки больных и отказов в госпитализации.

49. При поступлении в стационар на больного при необходимости 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 больною устанавливается клинический диагноз; исключение составляют случаи, сложные в диагностическом отношении, при этом в истории болезни больного указывается причина задержки в установлении диагноза и намечаются дополнительные диагностические исследования и консультации специалистов.

50. 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.

51. 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.

52. Обход больных в стационаре медицинской части производится врачом утром ежедневно. Всех поступивших больных в течение последних суток в стационар осматривает начальник медицинской части, в последующем он проводит осмотр 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 амбулаторные медицинские карточки, либо 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.

53. 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 при поступлении в стационар и под расписку в истории болезни.

54. 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.

55. В стационаре медицинской части круглосуточно должен находиться дежурный медицинский работник. Количество дежурного персонала устанавливает начальник медицинской части.

56. Выписка из стационара осуществляется при выздоровлении, стойком улучшении состояния здоровья, при 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 медицинской карте, а при наличии и в истории болезни. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и начальником медицинской части.

57. 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 дежурного помощника начальника колонии в учреждении и дежурного помощника начальника следственного изолятора в следственном изоляторе.

58. Срочное направление, больных в организацию здравоохранения осуществляется по медицинским, в том числе противоэпидемическим показаниям, по рапорту начальника медицинской части и письменному разрешению руководства учреждения. Далее руководство учреждения извещает оперативного дежурного Государственной службы исполнения наказания при Правительстве Кыргызской Республики о необходимости направления больного в организации здравоохранения. В течение 6 часов руководству учреждения представляется рапорт начальника медицинской части с разрешающей визой начальника учреждения.

59. Срочное направление больных на стационарное лечение осуществляется в организации здравоохранения в зависимости от профиля заболевания. В направлении на срочную госпитализацию кратко излагаются сведения о состоянии больного и оказанной ему помощи до госпитализации.

60. Сопровождение больного при транспортировке в стационар организации здравоохранения осуществляется медицинским персоналом учреждения-отправителя.

В случае госпитализации больного в организации здравоохранения бригадой скорой медицинской помощи медицинский персонал учреждения-отправителя для сопровождения больного не привлекается.

61. Для конвоирования и охраны подследственных, подсудимых и осужденных в организации здравоохранения от учреждения-отправителя выделяется конвой. Надзор за подследственными, подсудимыми и осужденными осуществляют сотрудник службы режима и надзора учреждения-отправителя.

62. 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 службы режима и надзора о правилах поведения для предупреждения возможного заражения.

63. Транспортировка инфекционного больного в организацию здравоохранения осуществляется санитарным или другим оборудованным для перевозки таких больных транспортом.

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

65. Срочной госпитализации в больницу подлежат больные, нуждающиеся в неотложной квалифицированной и специализированной медицинской помощи в соответствии с законодательством в сфере здравоохранения.

4. Организация медицинского обеспечения в больнице

66. Направление на стационарное лечение в больницу в плановом порядке осуществляется по предварительному письменному запросу начальника медицинской части учреждения.

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

68. В необходимых случаях разрешается госпитализировать подследственных, подсудимых или осужденных в организации здравоохранения, при условии обязательного обеспечения в отношении этих лиц установленных требований изоляции, охраны и надзора.

В случае помещения подследственных, подсудимых или осужденных в больницу учреждения или в организации здравоохранения об этом уведомляется лицо или орган, в производстве которого находится уголовное дело.

69. Прием больных в организацию здравоохранения 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 больные в установленном порядке подвергаются досмотру, а принадлежащие им одежда, обувь дезинфицируются и принимаются на хранение по описи, заверенной дежурным медперсоналом.

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

71. Все поступающие больные в стационар в обязательном порядке проходят санитарную обработку, переодеваются в больничную одежду или имеющееся свое чистое белье и обеспечиваются необходимым бельем.

72. 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 организацию здравоохранения, 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 сопутствующей патологии вопрос о госпитализации решается с участием начальников соответствующих отделений.

73. 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.

74. При отсутствии показаний для госпитализации больного 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 руководителя организации здравоохранения или его заместителя.

75. 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 о их дальнейшем лечении решается с учетом существующих возможностей стационара организации здравоохранения.

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.

76. 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 привлекается врач-психиатр.

77. При обнаружении у больного, направленного на лечение, признаков повреждений насильственного характера или иного происхождения дежурный врач докладывает об этом руководителю организации здравоохранения. При обнаружении этих повреждений врач, проводивший медицинский осмотр, совместно с дежурным помощником начальника больницы (оперативным дежурным) и начальником караула (старшим конвоя), доставившего подследственных, подсудимых или осужденных, составляет акт.

78. Больные, поступающие в часы работы врачей отделений, помимо врача приемного отделения или дежурного врача организации здравоохранения, осматриваются врачами соответствующих отделений.

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

80. Больным и пострадавшим, доставленным в организацию здравоохранения, в зависимости от показаний, неотложную медицинскую помощь оказывают в приемном отделении или в соответствующих отделениях.

81. Обследование и лечение больного начинается с момента поступления его в приемное отделение организации здравоохранения, 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.

82. 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.

83. В приемном отделении организации здравоохранения 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;

- функциональные методов исследования.

84. При наличии необходимости и соответствующих условий приказом, за подписью руководителя организации здравоохранения спектр диагностических исследований, проводимых при поступлении в стационар, может расширяться.

85. Организацией здравоохранения обеспечивается постоянная связь врачей-специалистов с медицинскими частями учреждений уголовно-исполнительной системы, обеспечивающая действенный механизм совершенствования лечебно-профилактического обеспечения подследственных, подсудимых и осужденных и повышения эффективности использования коечного фонда.

86. Выезды врачей-специалистов осуществляются по графику, утвержденному руководством учреждения. График выездов согласовывается с начальником службы медицинского обеспечения учреждения и доводится до сведения всех начальников медицинских частей.

5. Особенности лечебно-профилактической работы в воспитательных колониях

87. 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.

88. 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.

89. Два раза в год всем осужденным в воспитательных колониях проводят углубленные врачебные осмотры с антропометрическими измерениями и лабораторными исследованиями.

С целью раннего выявления туберкулеза проводится флюорографическое обследование 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 (лица с ограниченными возможностями) 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 (лица с ограниченными возможностями) относятся дети с ограниченными возможностями здоровья 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.

90. Медицинские работники воспитательной колонии 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 воспитательной колонии.

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.

91. Для оказания специализированной, консультативной и стационарной медицинской помощи осужденным, по договоренности с территориальной организацией здравоохранения, воспитательная колония прикрепляются по месту их дислокации к районной больнице.

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.

92. В медицинской части проводится лечение заболеваний с ориентировочным пребыванием в стационаре медицинской части воспитательной колонии в течение двух недель. Лица с заболеваниями, требующими более длительного срока стационарного лечения, подлежат направлению в больницу учреждения или ближайшую организацию здравоохранения.

6. Особенности медицинской помощи женщинам

93. 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;

- 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 медицинскими частями следственных изоляторов учреждения, а также с территориальными организациями здравоохранения, в т.ч. с родильными домами (отделениями).

94. Родовспоможение осужденным беременным женщинам оказывается в родильных домах территориальных организаций здравоохранения.

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

96. С момента установления беременности женщина переводится на более легкую работу в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

97. С беременными проводятся:

- санитарно-просветительная работа по вопросам соблюдения правил личной гигиены, режима труда и отдыха;

- физическая подготовка групповым методом по специальному комплексу упражнений;

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

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

98. 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.

99. 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.

100. Осмотру врачом акушером-гинекологом не менее 1 раза в год подлежат все женщины, находящиеся в исправительных учреждениях, а в следственных изоляторах - не менее 2 раз в год.

101. Женщин, имеющих гинекологические заболевания, лечение которых невозможно в стационаре медицинской части, направляют на стационарное лечение в соответствующую организацию здравоохранения.

7. Лечебно-профилактические мероприятия в отношении некоторых заболеваний

102. В целях сохранения психического здоровья подследственных, подсудимых 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.

103. В экстренных случаях, когда психическое состояние больного обусловливает непосредственную опасность для него или окружающих, а также его беспомощность, помощь оказывается медицинскими сотрудниками учреждения до его 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.

104. Для выявления лиц с психическими расстройствами в учреждениях проводятся следующие мероприятия:

- перед проведением медицинского освидетельствования подследственных, подсудимых или 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 организаций здравоохранения, где наблюдался или проходил стационарное лечение по поводу психического заболевания подследственных, подсудимых или осужденных запрашиваются выписки из медицинских карт амбулаторного больного и (или) стационарного больного и копии актов судебно-психиатрических экспертиз, где данная экспертиза проводилась;

- определение наличия или отсутствия психического расстройства у обследуемого лица осуществляется врачом-психиатром учреждений или организаций здравоохранения. 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 стационарно, в психиатрическом отделении уголовно-исполнительной системы;

- 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.

105. Диспансерное наблюдение и лечение лиц, имеющих психические расстройства, осуществляется амбулаторно в медицинской части или в стационаре учреждения уголовно-исполнительной системы в соответствии со статьями 27 и 28 Закона Кыргызской Республики "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

(В редакции постановления Правительства КР от 25 декабря 2018 года № 617)

106. Лицам, которым назначена судебно-психиатрическая экспертиза, лечебные мероприятия в связи с выявлением психических расстройств осуществляются в соответствии с их психическим состоянием. В случае заключения судебно-психиатрической экспертизы о наличии психического расстройства, свидетельствующего о невменяемости, до решения суда о признании подследственного или подсудимого невменяемым лечебные мероприятия осуществляются в стационаре медицинской части следственного

изолятора с обязательной изоляцией больного от остальных подследственных, подсудимых и осужденных.

107. После вынесения судебного решения о невменяемости больного до перевода в специализированное отделение учреждения лечебные мероприятия также осуществляются в стационаре медицинской части следственного изолятора с обязательной изоляцией от остальных подследственных, подсудимых или осужденных.

108. Подследственные, подсудимые или осужденные больные, находящиеся в стационаре медицинской части учреждения в связи с наличием психического расстройства, осматриваются начальником медицинской части или врачом-терапевтом учреждения не реже, двух раз в неделю по рекомендациям врача-психиатра учреждений, или организации здравоохранения. Результаты осмотра вносятся в медицинскую карту стационарного больного. При выписке больного из стационара составляется подробный эпикриз, который переносится в медицинскую карту амбулаторного больного.

109. Лицам с психическими расстройствами, требующим стационарного лечения, помощь оказывается в условиях медицинской части учреждения, а в тяжелых и длительно не купирующихся случаях - в психиатрическом отделении учреждений или организации здравоохранения.

110. 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.

111. Психиатрическое освидетельствование проводится в соответствии со статьями 23-25 Закона Кыргызской Республики "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

(В редакции постановления Правительства КР от 25 декабря 2018 года № 617)

112. В отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, принудительное лечение проводится по решению суда в соответствии со статьей 118 Уголовного кодекса Кыргызской Республики.

В отношении лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ, принудительное лечение проводится в соответствии со статьей 122 Уголовного кодекса Кыргызской Республики.

(В редакции постановления Правительства КР от 25 декабря 2018 года № 617)

113. Осужденные, подлежащие обязательному лечению от алкоголизма и наркомании, содержатся и проходят лечение в наркологическом отделении больницы уголовно-исполнительной системы.

114. Обязательное лечение больных алкоголизмом, наркоманией проводится врачом психиатром-наркологом или врачом-психиатром, имеющим соответствующую подготовку по наркологии. Основанием для назначения

обязательного лечения является заключение, вынесенное комиссионно врачами-специалистами.

115. Перевод осужденных, не закончивших курс обязательного лечения от наркомании, из наркологического отделения учреждения в другую организацию здравоохранения может быть осуществлен лишь в случае крайней необходимости. При этом составляется подробный эпикриз о состоянии больного и проведенном лечении, даются рекомендации по продолжению лечения.

116. 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.

Осужденный с хроническим алкоголизмом или наркоманией при добровольном согласии может пройти курс немедикаментозной реабилитации в реабилитационных центрах, создаваемых решением государственных органов уголовно-исполнительной системы.

117. При отказе осужденного от добровольного лечения, медицинской комиссией в составе начальника медицинской части учреждения, двух врачей психиатров-наркологов или врачей психиатров выносится медицинское заключение о необходимости проведения в отношении него принудительного лечения, на основании которого администрация учреждения уголовно-исполнительной системы вносит представление в суд о применении принудительных мер медицинского характера.

Исполнение принудительных мер медицинского характера в отношении осужденных осуществляется в соответствии со статьями 152 и 153 Уголовно-исполнительного кодекса Кыргызской Республики.

(В редакции постановления Правительства КР от 25 декабря 2018 года № 617)

118. Решение о прекращении обязательного лечения также принимается комиссионно. Отбывших наказание с незавершенным курсом лечения дальнейшая реабилитация от алкоголизма и наркомании осуществляется организациями здравоохранения по месту жительства с соответствующим их уведомлением.

119. 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.

Материалы по осужденным, окончившим курс лечения от алкоголизма и наркомании, направляются в суд для снятия принудительного лечения по заключению администрации учреждения.

120. 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.

121. Непосредственное руководство по данному направлению деятельности, а также координацию и взаимодействие с организациями здравоохранения осуществляет врач фтизиатр службы медицинского обеспечения учреждения.

122. 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, диспансерное наблюдение;

- изолированное и раздельное содержание:

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

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

3) 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 с организациями здравоохранения в вопросах диагностики, лечения и диспансерного наблюдения больных туберкулезом;

- этапность при проведении противотуберкулезных мероприятий;

- обязательное соблюдение противоэпидемического режима;

- бактериологические лаборатории по диагностике туберкулеза.

123. С целью выявления, диагностики, дифференциальной диагностики туберкулеза в учреждениях проводятся:

- рентгено-флюорографическое исследование органов грудной клетки лицам, содержащимся в учреждениях;

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

1) с симптомами заболевания, подозрительными на туберкулез;

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

3) наличием рентгенологических изменений в легких, подозрительных на туберкулез;

4) 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.

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

125. 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.

126. 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:

- кашель продолжительностью более 2 недель;

- кровохарканье;

- лихорадка продолжительностью более 3-х недель;

- снижение массы тела;

- отдельные заболевания и состояния, к которым относятся:

1) сахарный диабет; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

2) перенесенные резекции желудка или гастроэктомия;

3) хронические неспецифические заболевания органов дыхания; пневмония;

4) заболевания мочеполовых органов, сопровождающиеся гематурией и пиурией;

5) психические заболевания, а также наркомания, алкоголизм;

6) ВИЧ-инфекция;

7) длительное лечение лекарственными препаратами групп кортикостероидов и цитостатиков;

8) иммунодефицитные состояния;

- посттуберкулезные изменения в легких.

127. Клинический минимум исследований при подозрении на туберкулез включает:

- опрос и осмотр;

- рентгено-флюорографическое исследование органов грудной клетки;

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

- общий анализ крови;

- общий анализ мочи.

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

129. При выявлении туберкулеза у подследственного, подсудимого или осужденного противотуберкулезное лечение проводится в следственном изоляторе, где выявлен туберкулез.

При выявлении туберкулеза у осужденного он этапируется в специализированную организацию здравоохранения для прохождения противотуберкулезного лечения.

130. При направлении на лечение в специализированную организацию здравоохранения в медицинскую карту больного вкладываются флюорографические кадры и рентгеновские снимки с выявленными туберкулезными изменениями.

131. При освобождении подследственного, подсудимого или осужденного, страдающего активным туберкулезом, а также больного с подозрением на активный туберкулез (окончательный диагноз которым из-за освобождения еще не был установлен), в организацию здравоохранения, расположенную 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.

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

133. Мероприятия в очаге туберкулезной инфекции проводятся в соответствии с санитарными нормами и правилами. Контроль за проведением работы в очагах туберкулезной инфекции осуществляет начальник медицинской части. 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.

134. 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 дезинфекции;

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

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

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

137. Сведения о проведенной дезинфекционной работе заносятся в журнал дезинфекций, который хранится в медицинской части учреждения.

138. Независимо от места содержания подследственного, подсудимого или осужденного, больного туберкулезом, назначается диетическое питание в установленной форме.

139. В случае, отказа от приема противотуберкулезных препаратов больными туберкулезом диетическое питание не назначается.

140. Мероприятия по предупреждению травм и отравлений среди подследственного, подсудимого или осужденного организуются и проводятся всеми службами учреждения. Они должны быть целенаправленными, конкретными, отвечающими характеру и задачам обеспечения режима содержания, и хозяйственно-производственной деятельности учреждения.

141. Медицинские части (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.

142. 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 ближайшую организацию здравоохранения;

- 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.

143. 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 подследственных, подсудимых или 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.

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

8. Медицинское обеспечение подследственного, подсудимого или осужденного при перевозках

145. Перед отправкой из учреждения все подследственные, подсудимые или осужденные проходят обязательный медицинский осмотр для определения возможности этапирования.

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

147. При перевозках осужденных, нуждающихся в медицинском сопровождении, для них выделяются медицинские работники из штата учреждения-отправителя.

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

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

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

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

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

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