МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав Удмуртии)
УДМУРТ ЭЛЬКУНЫСЬ
ТАЗАЛЫКЕЗ УТЁНЪЯ
МИНИСТЕРСТВО
почтовый адрес: пер. Интернациональный, 15
г. Ижевск, 426008
тел.: (3412) 60-23-00, факс: (3412) 60-23-23,
e-mail: info@minzdrav.udmlink.ru
ОКПО 00086740, ОГРН 1021801177100,
ИНН/КПП 1831044979/184101001

20.04.2020 № 04720/11-13

Главным врачам
государственных
медицинских организаций
(по списку)

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики во исполнение Распоряжения Минздрава Удмуртии от 02.04.2020 № 0396 «О внесении изменений в распоряжение Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 23.03.2020 № 332 «О реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 №198-н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19», на период повышенного риска инфицирования коронавирусной инфекцией просит временно приостановить плановый прием, кроме медицинской помощи, при которой отсрочка её оказания на неопределенное время может повлечь ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью, включая острые заболевания, травмы, обострения хронических заболеваний, в том числе у пациентов, которые проходят (завершают) курс лечения.

Перевести работу стоматологической службы учреждения в режим оказания неотложной стоматологической помощи в соответствии с графиком работы вверенной медицинской организации.

Приостановить запись пациентов через Интернет ресурсы. Запись на прием в неотложной форме организовать через регистратуру медицинской организации в режиме «живой» очереди с организацией при входе отдельных помещений «фильтров» для проведения термометрии у всех лиц, входящих в здание, с внесением результатов термометрии в первичную медицинскую документацию. А также заполнение информированного согласия пациента о медицинском вмешательстве в соответствии с приложением к письму.

Рекомендовать на стоматологическом приеме использовать слюноотсос и пылесос, ограничить применение турбинного наконечника. Не использовать

338683

ультразвук и аппараты воздушно-абразивной гигиены и пескоструйной обработки.

Распространить действие Приказа Минздрава Удмуртии от 06.09.2019 № 011 «Об утверждении порядка оказания стоматологической помощи взрослому населению в неотложной форме на дому в Удмуртской Республике» на лиц с установленным фактом контакта с больными COVID граждан, прибывших на территорию РФ после 30 марта 2020 года и в дальнейшем прибывших в Удмуртскую Республику, а также граждан, прибывших в Удмуртскую Республики из городов Москвы, Санкт-Петербурга и Московской области – здоровых и с признаками ОРВИ легкой степени, находящихся в режиме самоизоляции или проходящих лечение в амбулаторных условиях на дому.

Организовать мобильные стоматологические бригады специалистов по профилю «стоматология» в составе: врач, медицинская сестра (далее – бригада).

Обеспечить бригаду средствами индивидуальной защиты и оснащением в соответствии с табелем оснащения, согласно приложению к приказу Минздрава Удмуртии от 06.09.2019 №011.

Проинформировать население о возможности получения медицинской помощи по профилю «стоматология» в неотложной форме, в том числе для лиц с установленным фактом контакта с подозрительными случаями коронавирусной инфекции;

Приложение: на 1 л.

Министр Г.О. Щербак

Д.М. Камалетдинов
8(3412)52-41-72

Приложение к письму МЗ УР
от_____№_____

Информированное добровольное согласие
пациента на виды медицинских вмешательств

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на сбор эпидемиологического анамнеза перед госпитализацией либо для получения первичной медико-санитарной помощи (далее – Перечень вопросов) при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) и несу полную ответственность за достоверность предоставленной информации либо сокрытие запрашиваемой информации

_____
(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель)

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от дачи информированного добровольного согласия на сбор эпидемиологического анамнеза. **В случае моего отказа, я предупрежден о помещении меня, моего ребенка, лица, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) под наблюдение, о чем сообщается в Управление Роспотребназора по Удмуртской Республике.**

Перечень вопросов для сбора эпидемиологического анамнеза перед медицинским вмешательством, на которые граждане дают информированное добровольное согласие:
1. Возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до обращения за медицинской помощью.
2. Возвращение в Удмуртскую Республику из другого субъекта Российской Федерации за 14 дней до обращения за медицинской помощью.
3. Наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новой коронавирусной инфекцией, которые в последующем заболели.
4. Наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19.
5. Работа с больными с подтвержденными и подозрительными случаями COVID-19.

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«____»_____г.
(дата оформления)

Примечание: заполняется дееспособным пациентом с 15 лет.