



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ставропольского края

ПРИКАЗ

07 февраля 2024г.

г. Ставрополь

№ 01-05/54

О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 31 мая 2022 г. № 01-05/534 «Об организации медицинского освидетельствования населения Ставропольского края на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 31 мая 2022 г. № 01-05/534 «Об организации медицинского освидетельствования населения Ставропольского края на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцию)» (далее - приказ) следующие изменения:

1.1. В преамбуле после слов «обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции),» дополнить словами «приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 мая 2021 г. № 464н «Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 сентября 2020 г. № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов»,».

1.2. Приложение 4 к приказу изложить в редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с даты его подписания.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Ставропольского края Павлову Т.В.

Министр

Ю.В. Литвинов

Приложение

к приказу министерства здравоохранения
Ставропольского края

от «04 февраля 2024 г. № 01-05/ 51

«Приложение 4

к приказу министерства здравоохранения
Ставропольского края

от 31 мая 2021 г. № 01-05/534

Рекомендуемые формы

Наименование медицинской организации, которая направляет биоматериал
для исследования с указанием адреса, телефона, электронной почты

НАПРАВЛЕНИЕ* № _

на исследование уровня антител классов M,G (IgM/IgG)
к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2
и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2+Agp24) в крови

Ф.И.О. _____

Пол _____ Число, месяц, год рождения _____

Гражданство _____ Паспорт: серия _____ № _____

СНИЛС* _____

Адрес регистрации _____

Адрес места жительства _____

Код контингента _____ Диагноз _____

Дата взятия крови _____

Фамилия, подпись лица, направившего материал _____

Лаборатория, проводившая исследование _____

Наименование тест-системы _____

Срок годности, серия _____

Дата исследования _____

Результат исследования _____

Фамилия и подпись врача, выполнившего исследование _____

* Рекомендуемая форма при заполнении направления на бумажном носителе
СНИЛС – обязателен для передачи данных в медицинскую информационную систему

Наименование медицинской организации, которая направляет биоматериал для исследования с указанием адреса, телефона, электронной почты

НАПРАВЛЕНИЕ* №

Наименование медицинской организации, в которую направляется биоматериал для проведения исследования

Ф.И.О. _____

Пол _____ Число, месяц, год рождения _____

Паспорт: серия _____ № _____ Гражданство _____

Адрес места жительства _____

Адрес проживания _____

№ медицинской карты _____ Код контингента _____

Диагноз _____ Код по МКБ _____

Вид исследования:

Исследование уровня антител классов M.G (IgM/IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2+Agp24) в крови	V
--	---

Биоматериал _____

Способ взятия _____

Эпидемиологическая информация _____

Дата и время назначения лабораторного исследования _____

Дата и время взятия биоматериала _____

Направил на исследование _____

* Рекомендуемая форма при заполнении направления в медицинской информационной системе

Заместитель министра



Т.В. Павлова».