



**МИНИСТЕРСТВО
ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Ул. Володарского, д. 7, г. Пенза, 440600
Тел. (8412) 55-37-54, факс (8412) 55-37-92

E-mail: minobr@penza.com.ru

ОКПО 00091801, ОГРН 1025801354149

ИНН/КПП 5836011445/583601001

10.06.2014 № 67/06-15

на № _____ от _____

Руководителям органов опеки и
попечительства

Руководителям учреждений для детей-
сирот и детей, оставшихся без попечения
родителей

О предоставлении информации
о состоянии здоровья

В соответствии с Правилами ведения государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей, и осуществления контроля за его формированием и использованием, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 4.04.2002 № 217 (далее — Правила), руководители учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, независимо от ведомственной принадлежности, обязаны представлять органу опеки и попечительства по месту фактического нахождения сведения о состоянии здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, по учетной форме № 470/у-10 «Извещение об установлении, изменении, уточнении и (или) снятии диагноза либо изменении иных данных о состоянии здоровья, физического и умственного развития у детей, оставшихся без попечения родителей», утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.06.2010 № 480н «О порядке предоставления сведений о состоянии здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, для внесения в государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей» (приложение 1).

Сведения о состоянии здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, представляются в 7-дневный срок со дня, когда руководителям организаций стало известно, что ребенок может быть передан на воспитание в

семью, а также при изменении, уточнении или снятии диагноза, но не реже одного раза в год на каждого ребенка.

Пунктом 7 Правил определено, что при изменении данных о ребенке, оставшемся без попечения родителей, содержащихся в анкете ребенка, орган опеки и попечительства в 3-дневный срок обязан информировать об этом регионального оператора государственного банка о детях (Министерство образования Пензенской области).

Во исполнение пункта 35 Правил просим представить в Министерство сведения о состоянии здоровья детей, состоящих на учете в региональном банке данных о детях, с учетом результатов плановой диспансеризации 2014 года по прилагаемой форме (приложение 2).

Приложение: на 3 л. в 1 экз.

Министр



С.К. Копешкина

*Форма утверждена
Приказом Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации от 25.06.2010 N 480н
«О Порядке предоставления сведений о состоянии здоровья детей,
оставшихся без попечения родителей, для внесения в государственный банк данных
о детях, оставшихся без попечения родителей»*

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Учетная форма № 470/у-10
Утверждена Приказом Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 25.06.2010 № 480н

Извещение

**об установлении, изменении, уточнении и (или) снятии диагноза
либо изменении иных данных о состоянии здоровья, физического
и умственного развития у детей, оставшихся без попечения родителей
(нужное подчеркнуть)**

1. _____
(полное наименование и адрес организации, в которой находятся дети,
оставшиеся без попечения родителей)

2. Фамилия, имя, отчество _____
(при наличии)

ребенка, оставшегося без попечения родителей.

3. Пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть).

4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____.

5. Страховой полис: серия _____ № _____
выдан _____, дата выдачи _____
(наименование организации)

6. Медицинское заключение о состоянии здоровья и развитии ребенка, оставшегося без попечения родителей.

6.1. Состояние здоровья и развития до проведения настоящего медицинского обследования.

6.1.1. Дата комплексной оценки состояния здоровья _____.

6.1.2. Диагноз _____ (код по МКБ 10).

6.1.3. Диагноз _____ (код по МКБ 10).

6.1.4. Диагноз _____ (код по МКБ 10).

6.1.5. Диагноз _____ (код по МКБ 10).

6.1.6. Диагноз _____ (код по МКБ 10).

6.1.7. Физическое развитие: нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост – нужное подчеркнуть).

6.1.8. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

6.2. Состояние здоровья по результатам медицинского обследования:

6.2.1. Дата обследования _____

6.2.2. Практически здоров: да, нет (нужное подчеркнуть).

6.2.3. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

а) функциональные отклонения, хроническое заболевание;

б) диагноз предварительный или уточненный;

в) диспансерный учет: состоял ранее или взят впервые (нужное подчеркнуть).

6.2.4. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

а) функциональные отклонения, хроническое заболевание;

б) диагноз предварительный или уточненный;

в) диспансерный учет: состоял ранее или взят впервые (нужное подчеркнуть).

6.2.5. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

а) функциональные отклонения, хроническое заболевание;

б) диагноз предварительный или уточненный;

в) диспансерный учет: состоял ранее или взят впервые (нужное подчеркнуть).

6.2.6. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

а) функциональные отклонения, хроническое заболевание;

б) диагноз предварительный или уточненный;

в) диспансерный учет: состоял ранее или взят впервые (нужное подчеркнуть).

6.2.7. Диагноз _____ (код по МКБ 10):

а) функциональные отклонения, хроническое заболевание;

б) диагноз предварительный или уточненный;

в) диспансерный учет: состоял ранее или взят впервые (нужное подчеркнуть).

6.3. Оценка физического развития:

6.3.1. Дата обследования _____

6.3.2. Для детей 0 – 4 лет: масса (кг) _____ ; рост (см) _____ ;
окружность головы (см) _____

6.3.3. Для детей 5 – 17 лет включительно: масса (кг) _____ ; рост (см) _____

6.3.4. Физическое развитие: нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост – нужное подчеркнуть).

6.4. Оценка психического развития (состояния):

6.4.1. Дата обследования _____

6.4.2. Для детей 0 – 4 лет:
познавательная функция (возраст развития) _____ ;
моторная функция (возраст развития) _____ ;
эмоциональная и социальная функции (возраст развития) _____ ;
предречевое и речевое развитие (возраст развития) _____

6.4.3. Для детей 5 – 17 лет:
психомоторная сфера (норма, отклонение);
интеллект (норма, отклонение);
эмоционально-вегетативная сфера (норма, отклонение)
(нужное подчеркнуть).

6.5. Оценка полового развития (с 10-летнего возраста):

6.5.1. Дата обследования _____

6.5.2. Половая формула мальчика: Р _____ Ах _____ Fa _____ .

6.5.3. Половая формула девочки: Р _____ Ма _____ Ах _____ Me _____ ;

характеристика менструальной функции: menarhe (лет, месяцев) _____ ;
menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, скудные (нужное подчеркнуть).

6.6. **Инвалидность:** с рождения, приобретенная (нужное подчеркнуть); установлена впервые (дата) _____ ; дата последнего освидетельствования _____ ; дата следующего освидетельствования _____ .

6.7. **Заболевания, обусловившие возникновение инвалидности:**

некоторые инфекционные и паразитарные, из них: туберкулез, сифилис, ВИЧ; новообразования; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, из них СПИД; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, из них: сахарный диабет; психические расстройства и расстройства поведения, в том числе умственная отсталость; болезни нервной системы, из них: церебральный паралич и др. паралитические синдромы; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни уха и сосцевидного отростка; болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания, из них: астма, астматический статус; болезни органов пищеварения; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; болезни мочеполовой системы; отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; врожденные аномалии, из них: аномалии нервной системы, системы кровообращения, опорно-двигательного аппарата; последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин (нужное подчеркнуть).

6.8. **Виды нарушений в состоянии здоровья:** умственные; другие психологические; языковые и речевые; слуховые и вестибулярные; зрительные; висцеральные и метаболические расстройства питания; двигательные; уродующие; общие и генерализованные (нужное подчеркнуть).

6.9. **Группа здоровья:** I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

6.9.1. Дата комплексной оценки состояния здоровья _____ .

6.10. **Потребность в медико-педагогической коррекции:**

не нуждается, нуждается (нужное подчеркнуть).

6.11. **Потребность в медико-социальной коррекции:**

не нуждается, нуждается (нужное подчеркнуть).

Руководитель организации _____
(подпись) _____ (фамилия и инициалы)

Дата заполнения " _____ " _____ 20__ г. Место печати
организации

Примечания:

1. Передача сведений о состоянии здоровья, физическом и умственном развитии детей, оставшихся без попечения родителей, в орган опеки и попечительства, возможна только при условии согласия лица, сведения о котором передаются, или его законного представителя¹, за исключением перечня случаев, определенного в статье 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом

¹ Законными представителями воспитанников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (дом ребенка, детский дом, детский дом-интернат), являются руководители этих учреждений (пункт 2 статьи 155.2 Семейного кодекса РФ), а до устройства детей, оставшихся без попечения родителей, на воспитание в семью или в организации, исполнение обязанностей опекуна (попечителя) детей временно возлагается на органы опеки и попечительства (пункт 2 статьи 123 Семейного кодекса РФ). (Сноска Министерства образования Пензенской области).

причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

2. Первый экземпляр извещения направляется в орган опеки и попечительства, второй экземпляр остается в организации.

3. Все пункты извещения заполняются разборчиво, при отсутствии данных ставится прочерк. Исправления не допускаются.

Приложение 2

Приложение № 12

к Административному регламенту Министерства образования и науки Российской Федерации по исполнению государственной функции федерального оператора государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей, и выдачи предварительных разрешений на усыновление детей в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, утвержденный приказом Минобрнауки России от 12.11.2008 № 347

Изменение данных о ребенке, оставшемся без попечения родителей, содержащихся в анкете ребенка

_____ (орган опеки и попечительства)

_____ (номер анкеты)

Дата внесения дополнений и изменений _____

(число, месяц, год)

Дата передачи анкеты на региональный учет _____

(число, месяц, год)

СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

Фамилия _____

Имя, отчество _____

Дата рождения _____

(число, месяц, год)

1. Медицинское заключение о состоянии здоровья:

(наименование графы анкеты ребенка, в которую вносятся дополнения и изменения)

Дата установления диагноза	Диагноз	Код по МКБ-10

Дата проведения обследования: _____

(число, месяц, год)

2. Физическое развитие: рост _____ см; вес _____ кг

(нужное отметить) нормальное;

задержка веса;

опережение веса;

задержка веса и роста; опережение веса и роста;

задержка роста; опережение роста.

3. Нервно-психическое развитие (нужное отметить):

опережает развитие;

отстает в развитии;

соответствует возрасту.

4. Умственное развитие (нужное отметить):

опережает развитие;

отстает в развитии;

соответствует возрасту.

5. Группа здоровья (нужное отметить):

I,

II,

III,

IV,

V.

6. Инвалидность:

дата установления _____ ;

срок действия до _____ .

7. Комментарий о состоянии здоровья: _____

(реквизиты документа (тов), на основании которых внесены дополнения и изменения)

Работник органа опеки и
попечительства

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Номер анкеты в государственном банке данных о детях, оставшихся без
попечения родителей

Дата поступления дополнений и изменений в региональный банк данных

_____ (число, месяц, год)