

Об утверждении Правил организации противотуберкулезной помощи в учреждениях уголовно - исполнительной системы, Перечня заболеваний, являющихся основанием освобождения от отбывания наказания, Правил медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью

Приказ Министра внутренних дел Республики Казахстан от 19 августа 2014 года № 530. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 29 сентября 2014 года № 9762.

В соответствии со статьями 16, 117, 161, 162, 170, 173 Уголовно-исполнительного кодекса Республики Казахстан от 5 июля 2014 года, статьей 75 Уголовного кодекса Республики Казахстан от 3 июля 2014 года, в целях реализации Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" от 18 сентября 2009 года, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

Сноска. Преамбула в редакции приказа Министра внутренних дел РК от 09.10.2019 № 872 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

1. Утвердить:

1) Правила организации противотуберкулезной помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) Перечень заболеваний, являющихся основанием освобождения от отбывания наказания, согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) Правила медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью, согласно приложению 3 к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу:

1) Совместный приказ Министра внутренних дел Республики Казахстан от 29 февраля 2012 года № 117 и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 февраля 2012 года № 115 "Об утверждении Правил организации противотуберкулезной помощи лицам, содержащимся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 7616, опубликованный в газете "Казахстанская правда" от 04 июля 2012 года № 211-212 (27030-27031));

2) Приказ Министра внутренних дел Республики Казахстан от 17 февраля 2012 года № 93 "Об утверждении Перечня заболеваний осужденных,

являющихся основанием освобождения от отбывания наказания" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 7656, опубликованный в газете "Казахстанская правда" от 23 июня 2012 года № 199-200 (27018-27019)).

3. Комитету уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан (Бердалин Б.М.) обеспечить:

государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан и его последующее официальное опубликование;

размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства внутренних дел Республики Казахстан.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на председателя Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан (Бердалин Б.М.).

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования, но не ранее 1 января 2015 года.

Министр
Республики Казахстан

внутренних
К. Касымов

дел

"СОГЛАСОВАН"

Министр здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан

_____ Т. Дуйсенова
2 сентября 2014 года

Приложение 1
к приказу
Министра внутренних дел
Республики Казахстан
от 19 августа 2014 года № 530

Правила организации противотуберкулезной помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы

Сноска. Правила в редакции приказа Министра внутренних дел РК от 20.08.2018 № 574 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Правила организации противотуберкулезной помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы (далее – Правила) разработаны

в соответствии с Уголовно-исполнительным кодексом Республики Казахстан, нормативными правовыми актами в сфере охраны здоровья и санитарного благополучия граждан Республики Казахстан и определяет порядок организации противотуберкулезной помощи лицам, содержащимся в следственных изоляторах (далее - СИ) уголовно-исполнительной системы (далее - УИС), а также отбывающим наказание в учреждениях УИС (далее - осужденные).

2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) тест на лекарственную чувствительность (далее – ТЛЧ) - определение спектра чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам (далее - ПТП);

2) посев - метод выделения культуры микобактерий туберкулеза из патологического материала на питательных средах (плотных и жидких);

3) поддерживающая фаза – фаза продолжения терапии, которая воздействует на сохраняющуюся микобактериальную популяцию и обеспечивает дальнейшее уменьшение воспалительных изменений и инволюцию туберкулезного процесса, а также восстановление функциональных возможностей организма больного;

4) туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (далее - МЛУ ТБ) – туберкулез, вызванный микобактериями туберкулеза, штаммы которых устойчивы к рифампицину;

5) туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (далее - ШЛУ ТБ) – туберкулез, вызванный микобактериями туберкулеза, штаммы которых устойчивы, по меньшей мере, к изониазиду и рифампицину, а также к одному из фторхинолонов и к одному из трех инъекционных препаратов второго ряда (капреомицину, канамицину или амикацину);

6) противотуберкулезная больница УИС – лечебно-профилактическое учреждение для оказания медицинской помощи осужденным больным туберкулезом.

7) интенсивная фаза – начальная фаза терапии, направленная на ликвидацию клинических проявлений заболевания и максимальное воздействие на популяцию микобактерий туберкулеза (конверсия мазка мокроты и предотвращение развития лекарственно-устойчивых штаммов);

8) микроскопическое исследование – метод выявления кислотоустойчивых бактерий в фиксированных мазках;

9) молекулярно-генетические методы (далее - МГ) – ускоренные методы диагностики туберкулеза и МЛУ ТБ на основе полимеразной цепной реакции.

10) полирезистентный туберкулез (далее – ПР ТБ) – туберкулез, вызванный микобактериями туберкулеза, штаммы которых устойчивы к двум и более препаратам, отличающимся от МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ;

11) конверсия мазка мокроты у больного туберкулезом - исчезновение кислотоустойчивых бактерий в процессе лечения, подтвержденное не менее чем двумя последовательными отрицательными микроскопиями мокроты по завершению интенсивной фазы;

Глава 2. Порядок организации противотуберкулезной помощи

3. В уголовно-исполнительной системе лечение больных туберкулезом осуществляется:

1) в противотуберкулезных больницах;

2) в изолированных участках для содержания и лечения больных туберкулезом в СИ, учреждениях полной безопасности, учреждениях для содержания женщин, учреждениях средней безопасности для содержания несовершеннолетних, бывших работников судов, правоохранительных и специальных органов, учреждениях чрезвычайной безопасности (далее – изолированные участки для лечения больных туберкулезом).

4. Противотуберкулезные мероприятия в учреждениях УИС включают:

1) своевременное выявление лиц с подозрением на туберкулез;

2) диагностику случаев туберкулеза, лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, коинфекции туберкулеза и вирус иммунодефицита человека (далее - ВИЧ);

3) стандартную классификацию и регистрацию случаев туберкулеза;

4) изоляцию и раздельное содержание больных туберкулезом в зависимости от бактериовыделения и данных ТЛЧ;

5) непрерывное лечение больных с учетом данных чувствительности;

6) непрерывное обеспечение противотуберкулезными препаратами согласно общепринятым стандартам здравоохранения Республики Казахстан (охват 100% из числа подлежащих лечению), лекарствами для снятия побочных реакций ПТП;

7) диспансерное наблюдение за больными туберкулезом;

8) химиопрофилактику туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;

9) санитарное просвещение по вопросам туберкулеза ;

10) ведение стандартной медицинской документации, утвержденной приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в

Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 6697) (далее – Приказ № 907);

11) регистрация больных туберкулезом в Национальном регистре больных туберкулезом (далее - НРБТ);

12) выполнение требований к организации и проведению мероприятий по соблюдению мер инфекционного контроля туберкулеза, представленных в приложении 1 к настоящим Правилам;

13) передачу информации об освобождающихся больных туберкулезом в противотуберкулезные организации системы здравоохранения (далее - ПТО), территориальные органы Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – КККБТУ), неправительственные организации (далее - НПО) и подразделения местной полицейской службы органов внутренних дел Республики Казахстан;

14) анализ эффективности противотуберкулезных мероприятий в УИС;

15) когортный и статистический анализ.

Сноска. Пункт 4 с изменениями, внесенными приказами Министра внутренних дел РК от 09.10.2019 № 872 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 23.12.2019 № 1088 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

5. Медицинские работники медицинской части в СИ осуществляют:

1) выявление лиц с подозрением на туберкулез в течение первых трех суток пребывания в карантине, при ежегодных профилактических осмотрах, по обращаемости;

2) раздельное содержание лиц с подозрением на туберкулез;

3) соблюдение диагностического алгоритма выявления случаев туберкулеза;

4) микроскопическое и МГ исследование патологического материала на микобактерии туберкулеза у лиц с подозрением на туберкулез;

5) проведение планового флюорографического исследования органов грудной клетки;

6) представление материала на Централизованной врачебно-консультативной комиссии (далее – ЦВКК ПТО) для своевременной диагностики случаев туберкулеза;

7) проведение культурального и ТЛЧ исследования больным туберкулезом до начала лечения;

8) информирование территориальных ПТО и органов КООЗ о выявленных в карантине больных туберкулезом для взятия очага на учет и

проведение эпидемиологического расследования контактов территориальными специалистами медицинских служб Департаментов уголовно-исполнительной системы (далее – ДУИС);

9) изоляцию и раздельное содержание больных туберкулезом в зависимости от бактериовыделения и данных ТЛЧ;

10) непрерывное лечение больных туберкулезом с учетом данных чувствительности;

11) проведение непосредственно-контролируемого лечения;

12) организацию диспансерного наблюдения;

13) химиопрофилактику туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;

14) санитарное просвещение по туберкулезу согласно Инструкции по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года № 994 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 16381) (далее – Приказ № 994);

15) ведение стандартной медицинской документации и НРБТ;

16) соблюдение мер инфекционного контроля;

17) использование средств индивидуальной защиты;

18) передачу информации об освободившихся больных туберкулезом из зала суда, не позднее трех календарных дней после получения информации из изоляторов временного содержания (далее - ИВС) в ПТО, территориальные органы КККБТУ, НПО и подразделения местной полицейской службы органов внутренних дел;

19) анализ эффективности противотуберкулезных мероприятий в СИ;

20) когортный и статистический анализ.

Сноска. Пункт 5 с изменениями, внесенными приказами Министра внутренних дел РК от 09.10.2019 № 872 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 23.12.2019 № 1088 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

6. Медицинские работники медицинской части в учреждениях УИС осуществляют:

1) выявление лиц с подозрением на туберкулез в течение первых трех суток пребывания в карантине, при ежегодном профилактическом осмотре, по обращаемости;

2) раздельное содержание лиц с подозрением на туберкулез;

3) соблюдение диагностического алгоритма выявления случаев туберкулеза;

4) микроскопическое и МГ исследование патологического материала на микобактерию туберкулеза у лиц с подозрением на туберкулез;

5) плановое флюорографическое исследование органов грудной клетки;

6) изоляцию больных туберкулезом в зависимости от бактериовыделения и результатов лекарственной устойчивости;

7) представление материала на ЦВКК для своевременной диагностики случаев туберкулеза;

8) регистрацию больного в журналах формы ТБ-03/у и ТБ-11/у, утвержденным приказом № 907;

9) информирование подразделений санитарно-эпидемиологического надзора (далее - ПСЭН) о выявленных больных туберкулезом согласно приложению 2 к настоящим Правилам;

10) направление больного в противотуберкулезную больницу ближайшим этапом;

11) обследование контактных лиц;

12) химиопрофилактику туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;

13) санитарное просвещение по туберкулезу;

14) использование средств индивидуальной защиты;

15) получение информации об исходах лечения из противотуберкулезных больниц учреждений УИС и внесение в журналы ТБ-03/у, ТБ-11/у по формам, утвержденных Приказом № 907;

16) анализ эффективности противотуберкулезных мероприятий в учреждении УИС;

17) когортный и статистический анализ;

18) ведение стандартной медицинской документации;

19) организацию диспансерного наблюдения.

7. Медицинскими работниками, осуществляющими лечение больных туберкулезом в учреждениях УИС, проводится:

1) организация ЦВКК в течение трех суток для своевременной диагностики случаев туберкулеза;

2) организация начала лечения в течение суток со дня вынесения решения ЦВКК;

3) обеспечение противотуберкулезного лечения с учетом спектра лекарственной чувствительности к ПТП;

4) изоляция и раздельное содержание больных туберкулезом в зависимости от бактериовыделения и результатов лекарственной чувствительности;

5) информирование больного о режиме содержания и лечения в противотуберкулезной больнице УИС, изолированных участках для лечения больных туберкулезом;

6) перевод больного по отделениям в зависимости от изменения бактериологического статуса и результатов лекарственной чувствительности;

7) непрерывное лечение больных туберкулезом с учетом данных чувствительности;

8) лечение под непосредственным контролем;

9) мониторинг лечения;

10) санитарное просвещение по туберкулезу согласно Приказа № 994;

11) ведение стандартной медицинской документации и НРБТ;

12) использование средств индивидуальной защиты;

13) представление документов в суд на принудительное лечение больных туберкулезом с бактериовыделением, освобождающихся из учреждений УИС, не прошедших полный курс лечения в период отбывания наказания, за месяц до освобождения;

14) доставка больных туберкулезом с бактериовыделением в территориальные ПТО по месту дислокации учреждения УИС, осуществляющего лечение больных туберкулезом, которым судом назначено принудительное лечение;

15) анализ эффективности противотуберкулезных мероприятий в учреждениях УИС, осуществляющего лечение больных туберкулезом;

16) когортный и статистический анализ.

8. В противотуберкулезных больницах создается ЦВКК.

В состав ЦВКК входят:

председатель — начальник медицинской службы противотуберкулезной больницы УИС или начальник отделения (врач-фтизиатр);

члены комиссии:

начальники отделений противотуберкулезной больницы УИС;

врач-бактериолог;

провизор (ответственный за лекарственное обеспечение) противотуберкулезной больницы УИС;

рентгенолог;

секретарь не имеющего право голоса.

ЦВКК проводит:

установку клинического диагноза;

регистрацию и соответствующую классификацию случая туберкулеза;

назначение лечения в соответствии с лекарственной устойчивостью, категорией больного, формой и степенью тяжести заболевания;

назначение антиретровирусной терапии (далее - АРТ) и профилактического лечения котримоксазолом больным с ВИЧ-инфекцией с последующей консультацией специалистом территориальных Центров по профилактике и борьбе со СПИД (далее - территориальные центры СПИД). Консультация проводится в течение 3 суток;

изменение схемы, назначенных препаратов, длительности и режима лечения; оценку исхода лечения.

ЦВКК заседает в зависимости от объема работы 1-2 раза в неделю.

Подтверждение диагноза туберкулеза производится решением ЦВКК, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 12 настоящих Правил.

9. Перевод больных туберкулезом из одной группы диспансерного учета в другую осуществляется решением ЦВКК.

10. Диагноз туберкулез устанавливается ЦВКК ПТО в следующих случаях:

1) на территории областей, городов республиканского значения и столицы, где отсутствует противотуберкулезная больница УИС;

2) учреждение УИС расположено на расстоянии более 20 километров от противотуберкулезной больницы УИС;

3) при выявлении или при подозрении МЛУ/ШЛУ ТБ.

Сноска. Пункт 10 в редакции приказа Министра внутренних дел РК от 09.10.2019 № 872 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

11. При подтверждении ЦВКК ПТО диагноза туберкулез, больной направляется для лечения в противотуберкулезную больницу УИС по территориальному закреплению.

12. В случае отсутствия возможности обследований (отсутствие бактериоскопической и бактериологической лаборатории, лаборанта) в учреждениях УИС, ПТО системы здравоохранения оказывают техническую помощь (передвижная флюорографическая установка), осмотр профильными специалистами, проведение клинико-лабораторных исследований (микроскопия мазков мокроты и культуральные исследования) по согласованию.

13. Клинический разбор запущенных случаев туберкулеза проводятся медицинскими работниками совместно с ПСЭН ДУИС.

14. Мониторинг и оценка противотуберкулезных мероприятий в противотуберкулезных больницах УИС проводятся регулярно.

Глава 3. Выявление и диагностика туберкулеза

15. Выявление случаев туберкулеза в учреждениях УИС проводится на следующих этапах:

- при поступлении в учреждение УИС (в карантине);
- во время профилактических медицинских осмотров;
- в случае обращения за медицинской помощью по поводу заболевания.

16. В учреждениях УИС в каждом отряде заводится журнал учета лиц, страдающих кашлем по форме, согласно приложению 3 к настоящим Правилам.

Медицинский работник и начальник отряда учреждения УИС еженедельно проводят обход по отрядам с целью выявления кашляющих лиц и контролируют ведение журнала учета лиц, страдающих кашлем.

17. При подозрении на туберкулез медицинский работник учреждения УИС немедленно докладывает начальнику медицинской части и принимает меры, направленные на изоляцию и обследование пациента.

18. В случае выявления лица с кашлем более двух недель, медицинский работник (терапевт, фельдшер) учреждения УИС проводит диагностический алгоритм обследования больного на туберкулез, в соответствии с Приказом № 994 с использованием ускоренных методов исследования.

Транспортировка патологических материалов в региональные (районные) лаборатории ПТО обеспечивается согласно графику, заключенного меморандумом между ПТО и учреждениями УИС.

19. При выявлении активной формы туберкулеза больного изолируют в инфекционный изолятор до направления на стационарное лечение в противотуберкулезную больницу УИС.

20. В учреждениях УИС, где не проводится лечение больных туберкулезом, организуется кабинет, предназначенный для медицинского осмотра и обследования больных, комната (место) для сбора мокроты, максимально отдаленные от жилых помещений в соответствии с Санитарными правилами "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения", утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 мая 2017 года № 357 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 15760) (далее – Приказ № 357).

В регионах с теплым климатом сбор мокроты организовывается на улице в специально отведенном месте.

21. В случае подозрения на туберкулез у лица, находящегося в транзитно-пересыльном пункте, по рапорту начальника медицинской части учреждения

УИС, лицо переводится из транзитной камеры в отдельную камеру для проведения диагностического алгоритма.

Начальник медицинской части учреждения УИС подает рапорт на имя начальника СИ о снятии с этапа данного лица до выяснения диагноза.

В случае подтверждения диагноза:

1) начальником медицинской части на имя начальника СИ вновь подается рапорт для решения вопроса об изменении маршрута следования и направлении больного в противотуберкулезную больницу УИС;

2) больного туберкулезом до этапирования изолируют в камеры медицинской части СИ для туберкулезных больных в соответствии с его инфекционным статусом;

3) проводится регистрация случая туберкулеза, назначается лечение;

4) фтизиатр (фельдшер транзитного поста) согласно попутному листу и размещению в транзитной камере СИ, определяет круг контактных лиц, данные, которых заносятся в медицинскую карту больного;

5) под заключением на открытой справке личного дела медицинским работником СИ, проводившего осмотр ставится подпись с указанием фамилии, должности и даты.

Если лицо, следующее транзитом, являлось контактным с больным туберкулезом, фиксируется в открытой справке на личном деле этаплируемого с отметкой "контактный".

22. При направлении в противотуберкулезные больницы УИС предоставляются следующие медицинские документы:

1) архивные данные рентген - флюорообследования;

2) данные бактериологического исследования и микроскопии;

3) медицинская карта амбулаторного пациента;

4) данные эпидемиологического расследования;

5) переводной эпикриз.

23. При этапировании подозреваемые, обвиняемые и осужденные, больные туберкулезом обеспечиваются средствами индивидуальной защиты (масками), плевательницами за счет учреждения-отправителя с соблюдением мер инфекционного контроля.

Конвойная служба, сопровождающая больных туберкулезом с бактериовыделением, обеспечивается респираторами высокой степени защиты за счет учреждения-отправителя.

Глава 4. Регистрация, лечение, диспансерное наблюдение случаев и химиопрофилактика туберкулеза

24. Определение случаев туберкулеза (локализация туберкулезного процесса, бактериологический статус, тяжесть заболевания, лечение по категориям, исход лечения, диспансерное наблюдение) осуществляется в соответствии с Приказом № 994.

25. В СИ больной туберкулезом получает лечение в противотуберкулезном отделении (камере) и после вступления приговора суда в законную силу, с назначением уголовного наказания в виде лишения свободы, переводится в специализированное учреждение УИС.

Обеспечение ПТП больных туберкулезом, осуществляется ПТО в течение первых суток после подтверждения диагноза на полный курс лечения в период нахождения в СИ.

26. В случае перевода больного туберкулезом из СИ для проведения следственных экспериментов в ИВС, ПТП передаются на срок тридцать календарных дней из СИ через конвойную службу.

27. Служба, ответственная за транспортировку подозреваемых, обвиняемых и осужденных в каждом пункте прибытия, уведомляет медицинских работников учреждений УИС за сутки до отправления, для подготовки передачи медицинской документации и ПТП вместе с больным.

Лечение ПТП проводится во всех учреждениях УИС на промежуточном и конечном этапе маршрута, остаток ПТП передается по акту вместе с больным.

28. В специализированных учреждениях УИС, где проводится лечение больных туберкулезом, выделяется комната для выдачи препаратов и строгого наблюдения за их приемом под непосредственным наблюдением медицинского работника.

29. Лечение больных туберкулезом проводится под непосредственным наблюдением медицинского работника в палатах (камерах). Перед началом лечения с больным проводится беседа о необходимости приема назначаемых противотуберкулезных препаратов под контролем, опасности перерывов в лечении, длительности и сложности лечения заболевания, возможных побочных реакциях, инфекционной опасности для окружающих с последующим подписанием информированного согласия больного на лечение формы ТБ-14/у, утвержденной Приказом № 907.

30. Противотуберкулезные больницы УИС, изолированные участки для лечения больных туберкулезом обеспечивают отдельной госпитализацией больных с отдельной прогулочной территорией, в соответствии с результатами микроскопии мазков мокроты, теста на лекарственную чувствительность и

назначенным режимом лечения (далее - эпидемиологическим статусом) по следующим профильным отделениям (палатам):

- 1) отделение для больных бактериовыделителей с сохраненной чувствительностью к рифампицину;
- 2) отделение для больных без бактериовыделения с сохраненной чувствительностью к рифампицину;
- 3) отделение для больных с множественной лекарственной устойчивостью;
- 4) отделение для больных с широкой лекарственной устойчивостью;
- 5) отделение для больных с хроническим туберкулезом с бактериовыделением, не получающим специфического лечения.

В соответствии с Приказом № 357, каждое отделение противотуберкулезной больницы УИС для лечения больных с бактериовыделением зонировано в соответствии с эпидемиологическим статусом. Больные с бактериовыделением с неизвестным статусом лекарственной чувствительности содержатся в одноместных палатах с отдельным санитарным узлом и душем до получения результатов теста на лекарственную чувствительность.

31. В каждом отделении противотуберкулезной больницы УИС выделяется комната для выдачи препаратов и наблюдения за их приемом.

Контролируемое лечение проводится средним медицинским персоналом в присутствии начальника отряда специализированного учреждения УИС.

Фтизиатр регулярно проводит мониторинг процесса непосредственного контролируемого лечения, для чего используется протокол по проведению лечения.

Начальник отряда обеспечивает посещение больных комнаты для приема препаратов.

32. В противотуберкулезных больницах УИС предусматривается охраняемая аптека с резервным запасом ПТП не менее шести месяцев, лекарственных средств для лечения побочных эффектов, осложнений и лечения других заболеваний.

В помещении аптеки для хранения противотуберкулезных и симптоматических препаратов находится холодильная установка, кондиционер, гигрометр и термометр. Аптека находится в недоступном месте для осужденных. Медицинский персонал имеет постоянный доступ к лекарственным препаратам.

Глава 5. Организация диспансерного учета

33. Диспансерный учет и наблюдение осуществляется по следующим группам:

- 1) нулевая группа (0) – лица с сомнительной активностью туберкулеза;

- 2) первая группа (I) – лица с активным туберкулезом;
- 3) вторая группа (II) – лица с неактивным туберкулезом;
- 4) третья группа (III) – лица, с повышенным риском заболевания туберкулезом.

34. Лица, относящиеся к 0 и III группам диспансерного учета, наблюдаются врачом-фтизиатром учреждения УИС.

Лица, относящиеся к I, II группе диспансерного учета, содержатся в учреждениях УИС, осуществляющих лечение больных туберкулезом.

35. Лица, относящиеся ко II группе диспансерного учета с малыми остаточными изменениями, решением ЦВКК противотуберкулезных больниц УИС направляются в учреждения УИС для дальнейшего отбывания срока наказания под наблюдение врача-фтизиатра.

36. Лица с большими остаточными изменениями решением ЦВКК противотуберкулезных больниц УИС наблюдаются в диспансерном отделении противотуберкулезных больниц УИС. В случае стабильной клинικο-рентгенологической картины в течение года диспансерного наблюдения, решением ЦВКК противотуберкулезных больниц УИС осужденные переводятся в учреждения УИС для дальнейшего наблюдения.

37. Химиопрофилактика туберкулеза ВИЧ-инфицированным лицам проводится после получения информированного устного или письменного добровольного согласия больного.

38. Профилактическое лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей, подростков и взрослых назначается врачами-фтизиатрами после исключения активного туберкулеза по данным комплексного клинικο-рентгенологического исследования. Изониазид (H) из расчета 10 миллиграмм на 1 килограмм (далее – мг/кг) веса (не более 300 мг) в сочетании с пиридоксином (25 мг в сутки) в ежедневном режиме в течение шести месяцев.

39. Изониазид для профилактического лечения обеспечивают территориальные противотуберкулезные диспансеры.

40. Профилактическое лечение туберкулеза у лиц с ВИЧ-инфекцией (детям старше двенадцати месяцев, подросткам и взрослым) проводится однократно при установлении положительного ВИЧ-статуса, независимо от наличия или отсутствия контакта с больным туберкулезом.

41. Антиретровирусная терапия для ВИЧ-инфицированных лиц, больных туберкулезом назначается и обеспечивается специалистами территориальных центров СПИД.

Глава 6. Организация лечения больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в уголовно-исполнительной системе

42. Для организации лечения больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в противотуберкулезных больницах УИС совместно с управлениями здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы организуется ЦВКК с участием представителя ПТО, которые принимают коллегиальное решение о диагнозе и тактике лечения каждого больного туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью.

Сноска. Пункт 42 в редакции приказа Министра внутренних дел РК от 09.10.2019 № 872 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

43. Больным IV категории курс лечения противотуберкулезной терапии назначается при отсутствии противопоказаний в соответствии с Приказом № 994. Окончательное решение по каждому больному принимает совместная ЦВКК со специалистами ПТО. Предварительная психологическая подготовка больного на длительное лечение и возможность побочных реакций на препараты, а также санитарное просвещение являются неотъемлемой частью лечения по IV категории.

44. Всем больным с подтвержденным диагнозом туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью до начала лечения проводят микроскопию, бактериологическое исследование (посев), ТЛЧ, рентгенологическое обследование, клинико-лабораторные исследования и осмотр узкими специалистами. Пациентам, получающим лечение препаратами второго ряда по IV категории, проводится исследование микроскопии мазка мокроты и посев культуры ежемесячно в интенсивной (взятых с интервалом не менее тридцати календарных дней) и ежеквартально в поддерживающей фазе на протяжении всего курса лечения. Перед взятием материала для бактериологического исследования лечение ПТП не прерывается. Рентгенологическое обследование проводится ежеквартально с целью наблюдения за динамикой лечения больного. Дополнительно, на протяжении всего курса лечения, проводится клинический мониторинг и осмотр узкими специалистами с целью выявления и купирования побочных реакций, а также профилактики и лечения прочих патологий.

Глава 7. Лекарственное обеспечение больных туберкулезом в уголовно-исполнительной системе

45. Больные туберкулезом ПТП обеспечиваются в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 666 "Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского

назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне" (зарегистрирован в в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 15724).

46. С целью бесперебойного обеспечения больных туберкулезом потребность ПТП на следующий календарный год составляет не менее пятнадцати месяцев потребления (12 месяцев года и не менее 3 месяцев резервного запаса), с учетом прогнозируемого остатка ПТП.

47. Условия хранения и транспортировка ПТП соответствуют требованиям приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 24 апреля 2015 года № 262 "Об утверждении правил хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11191).

48. Передача ПТП из одного учреждения в другое осуществляется на основании письма ДУИС в Комитет УИС с указанием наименования ПТП и необходимого количества. Ответственное лицо за лекарственное обеспечение Комитета УИС ежеквартально анализирует движение ПТП и на основании анализа направляет письменное указание о передаче и получении ПТП.

49. В случае отдаленности учреждений УИС, осуществляющих лечение больных туберкулезом, ПТП передаются по почте (бандероль) с соответствующими документами (доверенность, накладная). В случае близкого расположения учреждений УИС, ответственное лицо получает ПТП лично по доверенности. В специализированном учреждении УИС, где выдаются ПТП, выписывают накладные с обязательным указанием номера накладной, фамилии, имени, отчества (при его наличии) получателя по доверенности, а также указывается наименование, дозировку, единицу измерения, номер сертификата, серии, срок годности, количество отпущенного препарата, цена и сумма на каждое наименование препарата.

50. Все случаи прихода и расхода ПТП заносятся в журнал регистрации ПТП ТБ-12/у по форме, утвержденной Приказом № 907, в день поступления (отпуска) ПТП и в "аптечном компоненте" Национального регистра больных туберкулезом по учетной форме № ТБ12/у в соответствии с учетной формой первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденной Приказом № 907.

Приход ПТП регистрируется на основании накладных, расход - на основании накладных и требований.

В примечании указывается область, город и противотуберкулезная больница УИС, откуда получены или куда переданы ПТП.

Глава 8. Принудительное лечение лиц, больных туберкулезом, освобождаемых из учреждений уголовно-исполнительной системы

51. К принудительному лечению после освобождения в ПТО по месту освобождения по решению суда вступившего в законную силу подлежат больные туберкулезом, представляющие опасность для окружающих:

1) больные с сохраняющимся бактериовыделением и не прошедшие полный курс противотуберкулезного лечения;

2) больной с бактериовыделением, получающий только симптоматическое лечение из 1 "Г" группы диспансерного учета в соответствии с Приказом № 994.

Сноска. Пункт 51 в редакции приказа Министра внутренних дел РК от 09.10.2019 № 872 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

52. Для направления на принудительное лечение больного туберкулезом администрация противотуберкулезной больницы, изолированного участка для лечения больных туберкулезом, не позднее, чем за месяц до освобождения от наказания, проводит двукратное исследование мокроты на кислотоустойчивые бактерии туберкулеза методом микроскопии мазка.

Только при получении положительного результата больного администрация учреждения, осуществляющего лечение больных туберкулезом, направляет в суд по месту нахождения учреждения представление о назначении принудительного лечения.

В случае освобождения больного туберкулезом по условно-досрочному освобождению (далее – УДО), замене неотбытой части наказания более мягким видом наказания (далее - ЗМН), помиловании администрацией учреждения направляется представление о назначении принудительного лечения одновременно с ходатайством осужденного об УДО, ЗМН и помиловании.

Сноска. Правила дополнены пунктом 52 в соответствии с приказом Министра внутренних дел РК от 09.10.2019 № 872 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

53. Извещение об освобождении из учреждения УИС, осуществляющего лечения больных туберкулезом, в отношении которого решением суда

установлено принудительное лечение, незамедлительно направляется в ПТО по месту освобождения и подразделения местной полицейской службы органов внутренних дел.

Извещение об освобождении из учреждения УИС, осуществляющего лечение больных туберкулезом, лица составляется в произвольной форме.

Глава 9. Межведомственное взаимодействие при освобождении больных туберкулезом из учреждений уголовно-исполнительной системы

54. Медицинская служба противотуберкулезной больницы УИС, изолированного участка для лечения больных туберкулезом, при освобождении больных туберкулезом проводит следующие мероприятия:

1) совместно с отделом специального учета формирует списки больных туберкулезом, освобождающихся из противотуберкулезных больниц УИС состоящих в группе диспансерного учета по форме, согласно приложению 4 к настоящим Правилам;

2) за три месяца до освобождения из противотуберкулезных больниц УИС, изолированных участков для лечения больных туберкулезом направляет информацию в НПО об освобождаемых больных, нуждающихся в психосоциальной поддержке (имя, фамилию, отчество (при его наличии), дату начала противотуберкулезного лечения, диагноз, дату освобождения, адрес направления);

3) предоставляет в подразделения Департамента полиции (территориальной местной полицейской службы) области, городов республиканского значения, столицы, КККБТУ и ПТО информацию о больных туберкулезом, подлежащих освобождению заблаговременно за один месяц до освобождения по окончании срока наказания и за пятнадцать календарных дней при УДО, ЗМН;

4) передает информацию в ПТО после освобождения больных из противотуберкулезных больниц УИС изолированных участков для лечения больных туберкулезом (формы ТБ-01/у, ТБ-01/у IV категории, утвержденные Приказом № 907).

Сноска. Пункт 54 в редакции приказа Министра внутренних дел РК от 09.10.2019 № 872 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра внутренних дел РК от 23.12.2019 № 1088 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

55. Администрация противотуберкулезной больницы УИС, изолированного участка для лечения больных туберкулезом обеспечивает сопровождение и

доставку в ПТО по месту освобождения больного туберкулезом, которому судом назначено принудительное лечение, с соответствующей документацией.

56. Лица, освобождающиеся из противотуберкулезных больниц УИС, изолированных участков для лечения больных туберкулезом, которым судом не назначено принудительное лечение, в течение пяти календарных дней с даты освобождения подлежат постановке на диспансерный учет для продолжения лечения в ПТО по месту жительства.

57. Подразделения местной полицейской службы органов внутренних дел:

1) после извещения специалистами ПТО о не прибывшем больном, осуществляют поиск и при установлении его местонахождения, в течение суток информирует ПТО по месту жительства. ПТО направляет автотранспорт с сопровождающим персоналом для транспортировки больного;

2) в случае необходимости обеспечивают посадку больного туберкулезом, направляемый в ПТО автотранспортом.

58. НПО после получения информации об освобождаемом больном туберкулезом, нуждающегося в психосоциальной поддержке, в течение десяти календарных дней посещают противотуберкулезные больницы УИС для начала организации работы по психосоциальной поддержке освобождаемого больного туберкулезом.

В процессе посещений уточняется:

- 1) адрес проживания после освобождения;
- 2) наличие документов, удостоверяющих личность;
- 3) потребность в трудоустройстве и жилье;
- 4) наличие социальных факторов риска прерывания лечения.

По освобождению больного туберкулезом из учреждений, НПО обеспечивает взятие больного туберкулезом на учет в ПТО по месту жительства и психосоциальную поддержку до полного завершения противотуберкулезного лечения.

Приложение 1
к Правилам организации
противотуберкулезной
помощи в учреждениях
уголовно-исполнительной системы

Требования к организации и проведению мероприятий по соблюдению мер инфекционного контроля туберкулеза

1. В каждом учреждении УИС приказом начальника медицинской части создается комиссия инфекционного контроля (далее - КИК). Решения КИК необходимы для исполнения всеми сотрудниками учреждения.

2. Для эффективной организации и проведения мероприятий по снижению риска распространения туберкулеза на уровне учреждений УИС разрабатывается план инфекционного контроля, который предусматривает:

- 1) учет и регистрацию случаев туберкулеза зарегистрированных внутри учреждения УИС;
- 2) оценку риска распространения туберкулеза в учреждении УИС;
- 3) оценку потребности в различных мероприятиях, включая потребность в кадрах и их подготовке;
- 4) разработку мероприятий для учреждения УИС;
- 5) анализ заболеваемости, выявление факторов риска, принятие мер по их ликвидации;
- 6) организацию и осуществление микробиологического исследования и мониторинга;
- 7) организацию мероприятий по предупреждению профессиональных заболеваний;
- 8) обучение персонала;
- 9) организацию и контроль санитарно-противоэпидемического режима (дезинфекционно-стерилизационный режим, программа респираторной защиты, программа гигиены кашля, обеспечение бактерицидными облучателями для обеззараживания воздуха, обеспечение безопасных условий при проведении аэрозольобразующих процедур) в соответствии с Приказом № 994;
- 10) организацию сбора, обезвреживания, хранения и транспортировки медицинских отходов.
- 11) развитие кадрового потенциала в развитии инфекционного контроля над туберкулезом;
- 12) контроль над проектированием, строительством, ремонтом и использованием сооружений и систем вентиляции;
- 13) мониторинг и оценка исполнения плана инфекционного контроля.

3. План по инфекционному контролю над туберкулезом утверждается начальником учреждения. В последующем начальник учреждения совместно с начальником медицинской части или эпидемиологом (если имеется в штате) представляют разработанный план в ДУИС области. На уровне ДУИС формируется областной план инфекционного контроля над туберкулезом.

4. Организация мероприятий по осуществлению производственного контроля проводится в соответствии с Приказом № 357.

5. Во всех учреждениях УИС создаются условия для использования потенциала естественной вентиляции, для чего в каждом помещении

предусматриваются рабочие форточки достаточного размера для возможности проветривания без наличия застойных зон. В теплое время года проветривание проводится на постоянной основе, в холодное время по графику – каждый час по 5-10 минут.

6. Дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия в лечебно-профилактических учреждениях (далее – ЛПУ) УИС организуются и проводятся на систематической основе в соответствии с Санитарными правилами "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации", утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 августа 2018 года № ҚР ДСМ-8 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 17429).

Сноска. Пункт 6 в редакции приказа Министра внутренних дел РК от 09.10.2019 № 872 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

7. Медицинским персоналом ЛПУ УИС используются респираторы с эффективностью фильтрации не менее 94% частиц размером до 0,3-0,4 микрон и соответствующие по размеру и конфигурации медицинскому работнику, обеспечивающие плотное прилегание к лицу, с проведением теста на плотное прилегание к лицу не реже 1 раза в год.

8. Медицинский персонал учреждения УИС при поступлении на работу и в последующем проходит предварительные и периодически медицинские осмотры, за счет средств работодателя в соответствии с Правилами проведения обязательных медицинских осмотров, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра национальной экономики Республики Казахстан от 24 февраля 2015 года № 128 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10634).

Личные медицинские книжки с допуском к работе хранятся на рабочих местах.

9. В противотуберкулезных больницах УИС:

1) система вентиляция обеспечивает не менее чем шестикратный воздухообмен в час в палатах и двенадцатикратный в помещениях для выполнения аэрозольобразующих процедур (комната (кабина) сбора мокроты, бронхоскопии) с сбалансированной подачей, не допуская возникновения застойных зон;

2) вытяжные установки, обслуживающие зоны высокого риска и шкафы биологической безопасности 1-2 класса, оборудуются устройствами для

обеззараживания воздуха с применением НЕРА-фильтров или бактерицидного ультрафиолетового облучения достаточной интенсивности. Биологические шкафы безопасности не реже 4 раз в год проходят техническое обслуживание с измерением параметров работы и безопасности;

3) оборудование для подачи и удаления воздуха располагается на противоположных стенах;

4) все двери помещений и шлюзов оборудуются устройствами для автоматического закрывания, двери палат и боксов (в нижней части полотна) вентиляционными решетками для притока воздуха;

5) на реконструируемых и вновь строящихся объектах вытяжная вентиляция из отделений для больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий устраивается отдельно из каждой палаты с механическим побуждением и дополнительно с гравитационным побуждением с установкой дефлектора. Приточная вентиляция в данных отделениях предусматривается с механическим побуждением и подачей воздуха в коридор;

6) система приточно-вытяжной вентиляции эксплуатируется круглосуточно;

7) самостоятельные системы приточно-вытяжной вентиляции с обогревом и кондиционированием воздуха организовываются в соответствии с назначением помещения и инфекционным статусом пребывающих лиц;

8) профилактический осмотр, ремонт систем вентиляции и кондиционирования, очистка и дезинфекция проводится согласно Приказа № 357.

10. В ЛПУ приказом начальника учреждения УИС назначается лицо, ответственное за эксплуатацию систем вентиляции и кондиционирования воздуха, выполнение графика планово-профилактического ремонта вентиляционных систем.

11. В учреждениях УИС применяются экранированные бактерицидные облучатели и беспрерывно используются в присутствии людей в местах с недостаточной вентиляцией, где концентрируются большое количество людей, источники воздушно-капельных инфекций (коридоры, комнаты для процедур, сопровождающихся с повышенным выделением аэрозоля, спальные помещения секционного типа, помещения проведения массовых мероприятий и т.д.).

Экранированные бактерицидные облучатели устанавливаются из расчета одна лампа мощностью 30 Ватт на 20 квадратных метров по полу и на высоте не менее 2,20 метра от пола при условии не направленного излучения на находящихся в помещении людей. При этом уровень ультрафиолетового излучения в верхней части помещения на расстоянии 1 метра от лампы

составляет в пределах 100-300 микроВатт на 1 квадратный сантиметр (далее-микроВатт/кв.см) и не более 0,2 микроВатт /кв. см в зоне преимущественного пребывания людей.

12. В учреждениях УИС:

1) при приеме больных придерживаются правила сортировки лиц с симптомами туберкулеза. Кашляющие больные принимаются в первую очередь. Длительно кашляющие больные направляются на микроскопическое и МГ исследование мокроты;

2) для организации безопасного забора мокроты выделяется помещение с организацией местной вытяжной системы вентиляции, обеспечивающей в помещении (кабине) не менее 12 кратный воздухообмен в час (далее-КВЧ). В теплое время забор мокроты допускается осуществлять на улице, в специально отведенном месте для этой процедуры;

3) наличие инфекционного изолятора обязательно в каждом учреждении УИС. Инфекционный изолятор и камеры для больных туберкулезом оборудуются с системой механической вентиляции, обеспечивающий не менее 12 КВЧ с поддержкой температуры в пределах 20-22 градусов по Цельсию;

4) помещения для введения следственных процедур оборудуются системой механической вентиляции.

13. В ЛПУ УИС с целью предупреждения потенциальных контактов предусматриваются:

поточность движения пациентов, поступающих на стационарное лечение в ЛПУ УИС, предусматривается в плановом и экстренном порядке от приемного(карантинного) отделения к отделению по профилю госпитализации в зависимости от контагиозности и ТЛЧ. Допускается в экстренном порядке (по клиническим показаниям) движение больных в операционную, отделение анестезиологии и реанимации, минуя приемное (карантинное) отделение;

в приемном отделении проводится отбор биологического материала (мокрота, плевральная жидкость) для проведения лабораторных исследований;

в случае поступления больного с уже установленным диагнозом, прошедшим весь комплекс диагностических исследований, он немедленно переводится в соответствующее его инфекционному статусу отделение. В случае поступления больного с неизвестным ТЛЧ – данный больной изолируется до получения результатов микроскопии и МГ;

при выявлении больного в ЛПУ неинфекционного профиля больной немедленно изолируется в инфекционный изолятор;

перед входом в "грязную" зону отображается информация, предупреждающая об опасности и запрете входа посторонних лиц;

в межзональных дверях устанавливаются замки и доводчики (механические устройства, самостоятельно закрывающие двери);

для вновь строящихся и реконструируемых помещений предусматривается вход/выход в "грязную" зону отдельно для пациентов и работников. Для работников вход/выход в "грязную" зону организовывается со стороны "чистой" зоны;

работники учреждения ЛПУ пребывают в "грязной" зоне только по мере необходимости для проведения непосредственно-контролируемого лечения, оказания медицинской помощи, проведения необходимых мероприятий воспитательного характера (минимальное время пребывания), проведение обходов и обысковых мероприятий;

обысковые мероприятия проводятся с обязательным использованием респиратора высокой степени защиты;

проведение культурно-массовых мероприятий с участием контагиозных больных не допускается;

все контагиозные больные обеспечиваются защитными масками (респираторами), которых одевают в случае общения с сотрудниками учреждения, при посещении медицинских процедур, комнаты свидания;

передвижение осужденных между отделениями максимально ограничивается. Передвижение лиц в другие помещения (медицинская часть, баня, парикмахерская, столовая) проводится согласно графику посещения, утвержденного начальником учреждения с учетом правил разделения потоков, сначала больные с отрицательным мазком мокроты, а затем с положительным. При этом, после каждой смены проводится санитарная обработка помещений, одновременно вентилируя помещение;

питание больных с положительным мазком мокроты организовывается в секциях или палатах;

не допускается привлечение больных с положительным мазком мокроты на различные работы в помещениях за пределами отделения;

контролируемое лечение, забор крови и другие манипуляции проводятся непосредственно в секциях или палатах. В процедурном кабинете осуществляются процедуры, требующие соблюдения асептики и антисептики;

рентгенография, физиотерапия и другие процедуры проводятся по строгому графику, сначала больные с отрицательным мазком мокроты, а затем с положительным;

все помещения для персонала располагаются отдельно от палатных секций и процедурных комнат. Медицинские работники находятся в отделении только при проведении осмотра больных, врачебных процедур и обходов. Оформление историй болезни и другие работы, не требующие присутствия больного, проводятся в "чистой" зоне. Помещения "чистой" зоны организовываются в отдельном здании или блоках, воздушно изолированном от "грязной" зоны.

Приложение 2
к Правилам организации
противотуберкулезной
помощи в учреждениях
уголовно-исполнительной системы

Схемы передачи информации и проведения сверки по больным туберкулезом

1. Маршрут направления больного из СИ в противотуберкулезную больницу УИС:

при выявлении больного активным туберкулезом, подтверждение диагноза, определение стратегии лечения, наблюдения за больным проводится решением ЦВКК.

"Больные активным туберкулезом, выявленные в СИ и переведенные из ПТО, регистрируются в карте диспансерного наблюдения ТБ-16/у, журнале ТБ-03/у, ТБ-11/у IV категории, согласно формам учета по туберкулезу, утвержденных Приказом № 907 и Национальном регистре больных туберкулезом в графах "новый случай", "рецидив", "другие", "переведен";

Извещения форм 089/у, 058/у утвержденные Приказом № 907, направляются из СИ в территориальные Департаменты по охране общественного здоровья (далее – ДООЗ) КООЗ МЗ РК и ДУИС.

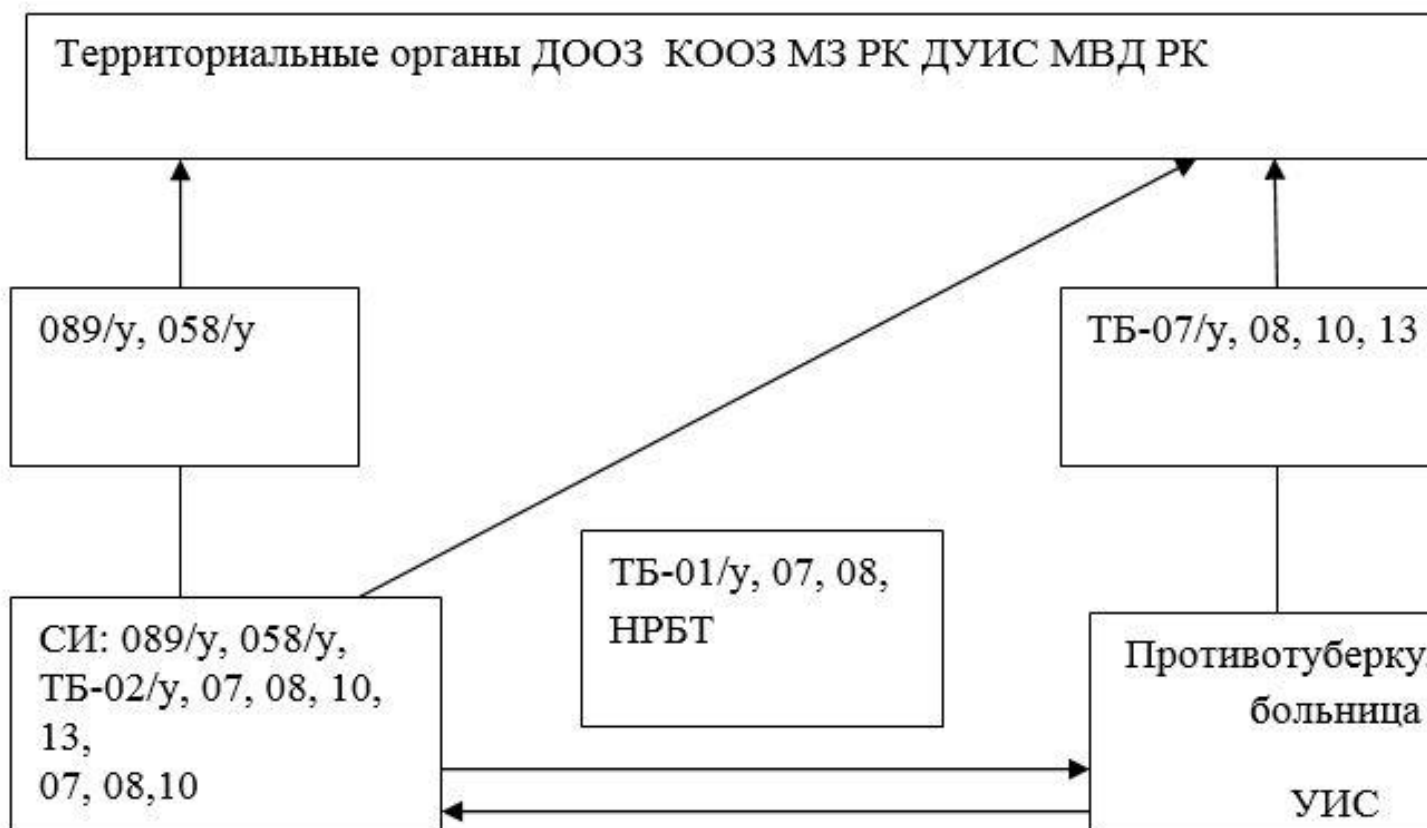
В соответствии со сроками представляются отчетные формы ТБ-02/у, ТБ-07/у (ТБ-07/у IV категория), ТБ-08/у (ТБ-08/у IV категория), ТБ-10/у (ТБ-10/у IV категория), ТБ-13/у, утвержденные Приказом № 907, направляются в ДУИС по месту дислокации СИ.

При направлении в противотуберкулезные больницы больного, зарегистрированного в СИ, данные больного вносятся в дубликат журналов ТБ-03/у или ТБ-11/у IV категории СИ, из которого больной был направлен, с указанием в графе "Примечание", индекса СИ и даты прибытия. Все данные по лечению и наблюдению вносятся в журналы ТБ-03/у или ТБ-11/у IV категории, медицинские карты ТБ-01/у или ТБ-01/у IV категории и в Национальном регистре больных туберкулезом под логином и паролем СИ, из которого он прибыл.

Медицинской частью СИ проводится постоянная сверка журнала ТБ-03/у со сводным журналом ТБ-03/у противотуберкулезной больницы.

В определенный день (по согласованию) специалист врач-фтизиатр СИ выезжает на сверку в противотуберкулезную больницу.

Схема передачи информации и проведения сверки – при убытии больного из СИ в противотуберкулезную больницу:



2. Маршрут направления больного из учреждения в противотуберкулезную больницу УИС:

в случае большой отдаленности от противотуберкулезной больницы диагноз больному выставляется территориальной ЦВКК ПТО, в случае близкого расположения – ЦВКК противотуберкулезных больниц УИС.

В журнале ТБ-03/у больной регистрируется в соответствии с установленным диагнозом. В учреждении, где выявлен больной, заполняются учетно-отчетные формы: 089/у, 058/у, ТБ-02/у, ТБ-03/у, ТБ-04/у, ТБ-05/у, ТБ-07/у утвержденные Приказом № 907.

Извещения форм 089/у, 058/у утвержденные Приказом № 907 направляются из учреждения в территориальные ДУИС (кроме СИ).

Извещения форм 089/у, 058/у утвержденные Приказом № 907 направляются из учреждения смешанной безопасности (СИ) в территориальные ДУИС и территориальные ДООЗ КООЗ МЗ РК.

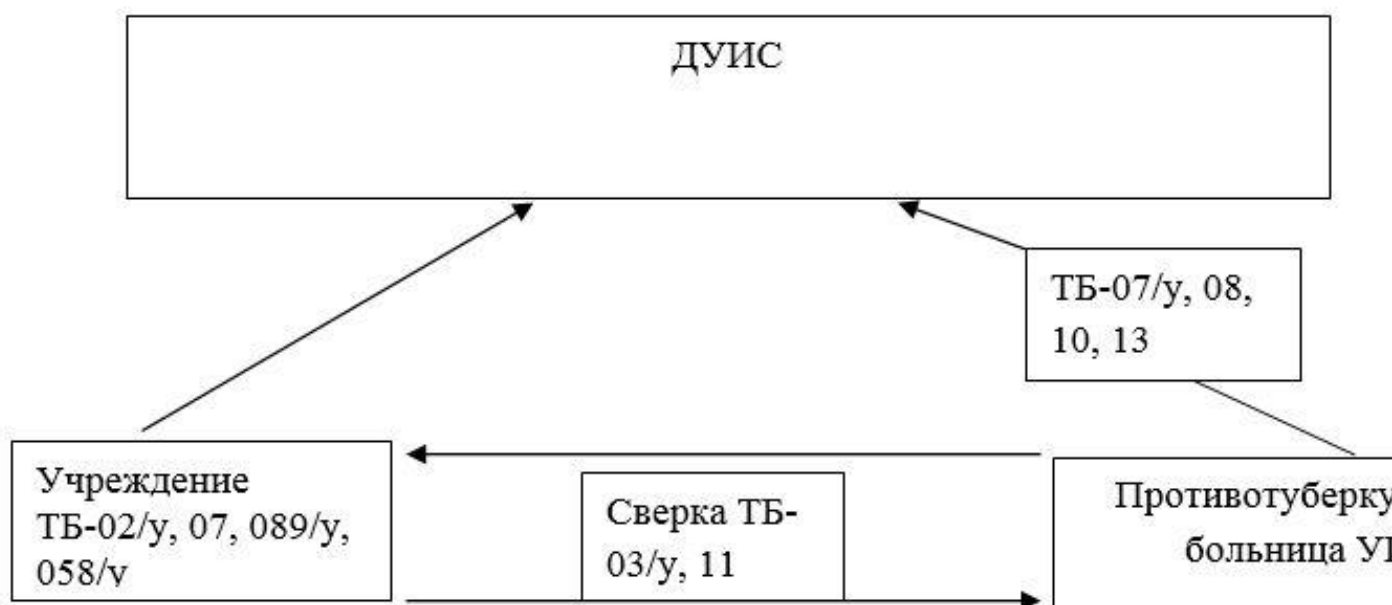
Больные активным туберкулезом, поступившие из учреждения областей в противотуберкулезные больницы, регистрируются в журнале ТБ-03/у, ТБ-11/у IV категории согласно формам учета по туберкулезу, утвержденных Приказом № 907 и Национальном регистре больных туберкулезом в графах "новый случай", "рецидив", "другие".

Медицинской частью учреждения проводится постоянная сверка журнала ТБ-03/у, ТБ-11/у со сводным журналом ТБ-03/у, ТБ-11/у противотуберкулезной больницы:

при близком расположении специалист учреждения выезжает в противотуберкулезную больницу для проведения сверки и внесения данных в журналы ТБ- 03/у,ТБ-11/у;

при дальнем расположении – информация по сверке запрашивается и передается путем факсимильной связи (или в электронном варианте).

Схема передачи информации и проведения сверки – при убытии больного из учреждения в противотуберкулезную больницу:



Приложение 3
к Правилам организации
противотуберкулезной помощи
в учреждениях уголовно-
исполнительной системы

форма

Журнал учета лиц, страдающих кашлем

Отряд № _____

_____ месяц 20__ года

№	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	дни месяца																																		

Начальник отряда (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____

Подпись _____

Приложение 4
к Правилам организации
противотуберкулезной
помощи в учреждениях
уголовно исполнительной
системы

**Список больных туберкулезом, освобождающихся из противотуберкулезных больниц УИС,
состоящих в группе диспансерного учета (далее – ГДУ I) (ежемесячно)**

учреждение ДУИС по области

№	Фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения	Наименование учреждения ДУИС направившего список	Диагноз /Тип / категория/ГДУ 1	На момент освобождения		Дата освобождения	Адрес (домашний и который указал осужденный); фактический домашний адрес (по специальной части)
				МБТ + / МБТ –	Фаза лечения, Интенсивная фаза/поддерживающая фаза, симптоматическое, дата начала лечения		

Приложение 2
к приказу Министра внутренних
дел Республики Казахстан
от 19 августа 2014 года № 530

**Перечень заболеваний осужденных, являющихся основанием освобождения от отбывания
наказания**

Сноска. Перечень в редакции приказа Министра внутренних дел РК от 20.08.2018 № 574 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменениями, внесенными приказом Министра внутренних дел РК от 23.12.2019 № 1088

(вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Настоящий перечень заболеваний осужденных, являющихся основанием освобождения от отбывания наказания включает в себя следующие нозологические формы (далее – Перечень):

Туберкулез:

прогрессирующий деструктивный туберкулез позвоночника.

Диагностика основывается на данных бактериоскопического исследования и посева гноя из туберкулезного абсцесса, рентгенографии в двух взаимно-перпендикулярных проекциях (прямой и боковой);

двусторонний деструктивный туберкулез почек, осложненный специфическим процессом мочевыводящих путей и развитием хронической почечной недостаточности (далее - ХПН) в терминальной стадии.

Диагностика туберкулеза почек, осложненного специфическим процессом мочевыводящих путей, основывается на данных клинического анализа мочи (характерны пиурия, протеинурия, цилиндрурия), бактериологического исследования мочи методом посева, обязательной обзорной рентгенографии области почек и мочевого пузыря. В случае недостаточности данных обзорной рентгенографии показано проведение экскреторной урографии, цистоскопии с индигокарминовой пробой и ретроградной пиелографии;

Новообразования:

все злокачественные новообразования III-IV стадии по международной классификации болезней, не поддающиеся специализированному лечению;

онкологические и онкогематологические заболевания IV клинической группы;

острые лейкозы в стадии рецидива, подтвержденные цитологически, морфологически, методом иммунофенотипирования;

хронические лейкозы в терминальной стадии заболевания;

лимфомы Ходжкина и неходжкинские лимфомы в терминальной стадии с поражением одного и более экстралимфатических органов и поражением всех групп лимфатических узлов;

опухоли головного мозга, краниоспинальные опухоли, опухоли спинного мозга, опухоли спинного мозга с быстро прогрессирующим злокачественным течением, с выраженными стойкими расстройствами двигательных, чувствительных и вегетативно-трофических функций и неэффективностью проводимого лечения.

Клинический диагноз и наличие рецидива заболевания необходимо подтвердить морфологически, методами иммунофенотипирования, рентгенологическими данными, инструментальными методами исследования, лабораторными показателями крови, кроветворных органов и родственных им тканей, консультациями мультидисциплинарной группы врачей онкологов, гематологов (с учетом профиля заболевания);

Болезни эндокринной системы:

сахарный диабет I типа, инсулинозависимый (доза инсулина свыше 60 ед. в сутки), тяжелое течение со склонностью к кетоацидозу и наличием выраженной макроангиопатии, ретинопатии, полинейропатии;

сахарный диабет II типа, инсулинопотребный, некорректируемый инсулином, с тяжелым течением со склонностью к кетоацидозу, со множественными сосудистыми осложнениями (слепота, хроническая почечная недостаточность, ампутации в анамнезе).

Диагноз основывается на результатах комплексного обследования (ультразвукового исследования (далее – УЗИ), ангиографии, биохимических анализов крови).

Необходима консультация эндокринолога, офтальмолога, ангиохирурга при заболеваниях ассоциированных с сахарным диабетом;

Психические расстройства:

шизофрения (простая, гебефреническая, параноидная, кататоническая, недифференцированная) с непрерывным, либо с эпизодическим нарастанием дефекта типом течения, при наличии быстрой прогрессивности процесса, выраженной дефицитарной и стойкой психотической симптоматикой;

биполярное аффективное расстройство - маниакально-депрессивный психоз с часто чередующимися маниакальными и депрессивными фазами, со смешанными психотическими состояниями, непрерывным течением;

органические психические расстройства: деменция при эпилепсии, деменция вследствие атеросклеротического поражения, а также перенесенных травм и инфекций головного мозга;

затяжные реактивные психозы с прогрессивным течением, вовлечением соматического звена, приобретающие характер хронического душевного заболевания;

хронические психозы разной этиологии, со стойкой психотической симптоматикой и нарастающими изменениями психики.

Клинический диагноз подтверждается только в условиях Республиканской психиатрической больницы и психиатрического отделения Республиканской

соматической больницы, с учетом анамнеза заболевания, прогрессивности процесса, выраженности дефицитарной симптоматики;

Болезни нервной системы и органов чувств:

сосудистые заболевания головного и спинного мозга: эмболии, геморрагическое, первичные (нетравматические) субарахноидальные кровоизлияния при установленном диагнозе с выраженными стойкими явлениями очагового поражения мозга (геми-, параплегии; глубокие геми-, парепарезы; нарушения ориентировки в пространстве и времени; акинетико-ригидный синдром);

инфекционные, демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы (далее - ЦНС), сопровождающиеся органическим поражением головного и спинного мозга с глубокими стойкими нарушениями функции (тяжелые параличи, глубокие парезы с распространенными расстройствами чувствительности, расстройствами функций тазовых органов, трофическими нарушениями, выраженный акинетико-ригидный синдром) и прогрессирующим течением процесса: менингиты вторичные, гнойные, абсцессы головного мозга, спинальные эпидуральные абсцессы и гранулемы нетуберкулезной этиологии, нейросифилис, поражения нервной системы при туберкулезе, рассеянный склероз, лейкоэнцефалит Шильдера;

травматические заболевания ЦНС с выраженными стойкими явлениями очагового поражения мозга (геми-, параплегии; глубокие геми-, парепарезы);

другие заболевания головного мозга: системные атрофии, поражающие преимущественно ЦНС, дегенеративные болезни и заболевания с экстрапирамидальными и другими двигательными нарушениями (болезнь Гентингтона, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, болезнь Пика);

полная слепота.

Диагностика основывается на данных инструментальных методов исследования, а также консультаций профильных специалистов (невропатолог, нейрохирург, офтальмолог, ангиохирург).

На освидетельствование предоставляется осужденный, у которого полная потеря зрения наступила в период отбывания наказания;

Болезни органов кровообращения:

гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек, IV функциональный класс, в стадии декомпенсации;

болезни сердца с сердечной (застойной) недостаточностью (далее - СН) 2-3 стадии, осложненные тяжелыми и сложными нарушениями сердечного ритма:

хроническая ишемическая болезнь сердца, хронический адгезивный перикардит, хронический констриктивный перикардит, врожденные или приобретенные пороки сердца в стадии декомпенсации, врожденные и приобретенные кардиомиопатии, фиброз миокарда, дегенерация миокарда;

болезни аорты, артерий, артериол и капилляров: расслаивающаяся аневризма аорты, атеросклероз артерий конечностей (атеросклеротическая гангрена) в гангренозно-некротической стадии, поражающий не менее двух конечностей, болезнь Рейно, поражающая не менее двух конечностей, в гангренозно-некротической стадии, облитерирующий эндоартериит, поражающий не менее двух конечностей, в гангренозно-некротической стадии.

Необходимы консультации профильных специалистов при наличии ассоциированных заболеваний органов-мишеней;

Болезни органов пищеварения:

циррозы печени различной этиологии в стадии декомпенсации с гиперспленизмом, портальной гипертензией, печеночно-клеточной недостаточностью;

неспецифический язвенный колит высокой степени активности;

болезнь Крона, высокой степени активности.

Основанием для представления осужденного (ой) на освидетельствование специальной медицинской комиссией (далее – СМК) является неоднократная госпитализация в ЛПУ УИС или организации здравоохранения. Клинический диагноз подтверждается комплексными исследованиями (УЗИ, фиброгастродуоденоскопия, развернутый биохимический анализ крови).

Болезни почек:

хроническая болезнь почек (далее - ХБП) в терминальной стадии (5 стадия).

При неэффективности лечения, стабильном ухудшении состояния пациента, при не достижении целевых индикаторов качества лечения в течение первых трех месяцев начала заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ), при возникновении в процессе лечения декомпенсации функций двух и более систем и (или) синдрома недодиализа, при остром отторжении трансплантата. Клинический диагноз подтверждается результатами комплексного обследования (УЗИ, анализы мочи, биохимический анализ крови).

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани:

Узелковый периартериит:

при наличии ХБП в терминальной стадии, либо инфаркта легкого (тромбоза крупных сосудов), либо хронической СН 3-4 стадии, злокачественной гипертензии, либо желудочно-кишечными кровотечениями и перфорацией

стенок с явлениями перитонита, либо кровоизлияниями в головной мозг (менингиты, энцефалиты).

Диагноз ставится по сочетанию характерных признаков и гистологического исследования тканей, полученных при помощи биопсии;

Дерматомиозит:

при наличии тяжелого поражения дыхательных мышц с резким ограничением экскурсии грудной клетки, дыхательной недостаточности 3-4, асфиксии, нарушение глотания с развитием тяжелой аспирационной пневмонии.

Диагноз ставится по сочетанию характерных признаков и гистологического исследования тканей, полученных при помощи биопсии;

Ревматоидный артрит:

при наличии ХБП в терминальной стадии вследствие амилоидоза почек;

Системная красная волчанка:

при наличии ХБП в терминальной стадии;

Системная склеродермия:

при наличии фиброзирующего альвеолита, или диффузного пневмосклероза, легочной гипертензии, хронической СН с аритмиями, ХБП в терминальной стадии.

Основанием для представления осужденного (ой) на освидетельствование СМК является прогрессирование заболевания, отсутствие эффекта от проводимого лечения, стойкая отрицательная динамика общего состояния. Необходимы консультации профильных специалистов при наличии ассоциированных заболеваний органов-мишеней;

Анатомические дефекты вследствие заболевания или травмы во время последнего срока отбывания наказания: высокая ампутация верхних или нижних конечностей, а также сочетание высоких ампутаций одной верхней и одной нижней конечностей.

При предоставлении осужденного (ой) на освидетельствование СМК администрация учреждения, СИ формирует и представляет на медико-социальную экспертизу по месту дислокации учреждения, СИ документы на освидетельствуемое лицо в соответствии с Правилами проведения медико-социальной экспертизы, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10589);

Кожные болезни:

т-лимфома.

Характеризуется появлением на коже узлов синюшного или желтовато-красного цвета, нередко с эрозированной или изъязвленной поверхностью на любых участках кожи среди синюшно-красных или охряно-желтых шелушащихся, лишенных волос бляшек и инфильтратов. Увеличиваются лимфатические узлы. В периферической крови обнаруживаются клетки Сезари-Лютцера. Диагноз подтверждается гистологически;

Фотодерматоз, обусловленный эритропоэтической уропорфирией (болезнью Гюнтера).

Заболевание характеризуется аутосомно-рецессивным наследованием, клинически проявляется везикулезно-буллезным дерматозом с диаметром пузырька от 1 до 10 мм, по вскрытии пузырька обнаруживается эрозированная или изъязвленная поверхность, процесс заканчивается рубцеванием. Высыпания преимущественно на открытых участках тела. Патогномонична спленомегалия. Резко увеличена экскреция уропорфирина-I и в меньшей степени копропорфирина-I с мочой. Специфично значительное повышение концентрации уропорфирина-I в эритроцитах, преобладающее над повышением уропорфирина в сыворотке крови. Исследования порфиринов крови и мочи обязательны для верификации диагноза;

Фотодерматоз, обусловленный эритропоэтической протопорфирией (болезнью Магнуса).

Заболевание характеризуется аутосомно-доминантным наследованием, основной синдром - фотодерматоз, проявляющийся отеком, эритемой, зудом, пузыри образуются не всегда. Поражаются открытые участки тела. В поздних стадиях развивается гепатоз с исходом в печеночную недостаточность. Характерна гипохромная анемия при высоком или нормальном содержании железа в сыворотке крови. Отмечается резкое увеличение содержания протопорфирина и менее резкое - копропорфирина в кале, существенное повышение содержания протопорфирина в эритроцитах. Исследования порфиринов крови и кала обязательны для верификации диагноза;

псориаз с развитием псориатической артропатии.

Псориатический артрит чаще возникает параллельно с кожными поражениями. Поражаются суставы кистей и стоп, затем крупные сочленения, включая и позвоночник, с развитием анкилозирующего спондилоартрита.

Помимо рентгенографических и анатомических критериев, биохимических и иммунологических признаков воспаления, необходимо учитывать степень активности и функциональной способности костно-суставных сочленений.

Берется во внимание степень пораженности, когда больной нетрудоспособен и утрачена возможность самообслуживания;

псориаз с развитием эритродермии.

Эритродермия характеризуется слиянием отдельно расположенных эффоресценций, которые приобретают отечность, ярко насыщенную эритематозную окраску, образуя множественные фигуры, а местами - сплошные диффузные участки. Кожа туловища и конечностей приобретает вид плотного напряженного панциря, застойно-бурый цвет, появляется интенсивная инфильтрация с обильным шелушением.

Основанием для представления осужденного (ой) на освидетельствование СМК является неоднократная госпитализация в ЛПУ УИС или организации здравоохранения. Необходимы консультации профильных специалистов. Берется во внимание общее состояние, длительность заболевания, торпидность к лечению.

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) в стадии развернутых клинических проявлений:

болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде злокачественных новообразований;

болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии и развитием деменции;

болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома (с проявлениями угасания жизни, истощающая болезнь);

болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания;

болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной *Pneumocystiscarinii*;

болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями легочного туберкулеза и внелегочного генерализованного поражения лимфатической системы, плеврита туберкулезной этиологии, туберкулеза мочеполовой системы, туберкулеза костей и суставов, подтвержденного гистологическим биопсийным материалом, цитологическим исследованием пунктата, отделяемым из свищей с бактериологическим посевом и теста на лекарственную чувствительность, при прогрессированном течении туберкулезного процесса, неэффективности специфического лечения и тяжести состояния.

Диагноз основывается на результатах комплексного обследования (ультразвукового, биохимических анализов крови, лабораторных гистологических и бактериологических данных);

болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями СПИД-ассоциированного комплекса.

СПИД-ассоциированный комплекс – состояние, когда у ВИЧ-инфицированного пациента имеются какие-либо общие симптомы или признаки СПИДа без дополнительных инфекций или опухолей, встречающихся на поздних стадиях заболевания.

Диагноз "СПИД-ассоциированный комплекс" ставиться в том случае, если пациент имеет более двух симптомов, сохраняющихся в течение трех или более месяцев, а также аномалии по данным более чем двух лабораторных тестов.

Симптомы или признаки: лихорадка ~ 38 градусов по Цельсию (перемежающаяся или постоянная), потеря веса > 10%, лимфаузлы (персистирующая генерализованная лимфаденопатия), диарея (перемежающаяся или постоянная), быстрая утомляемость, ночной пот, отклонения в лабораторных показателях, лифापения, лейкопения, тромбоцитопения, анемия, пониженное соотношение между клетками иммунной системы CD4 и CD8, пониженное количество клеток иммунной системы Т-хелперов, угнетенный бластогенез, повышенный уровень гамма-глобулинов, кожная анергия.

Диагноз устанавливается специалистами территориального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом;

Болезни крови и кроветворных органов:
гемофилия "А", "В" тяжелой степени.

В основе процесса лежит дефицит девятого фактора (IX фактор) свертывания крови плазменного компонента тромбопластина (протромбиновый комплекс, или фактор Кристмаса), необходимого для образования активной тромбокиназы в I фазе свертывания крови. Дифференцируют гемофилию А и В путем перекрестных и "змеиных" проб;

Другие, неучтенные в Перечне заболеваний осужденных, являющиеся основанием освобождения от отбывания наказания, хронические заболевания, при безуспешности медикаментозного или хирургического лечения с необратимыми, стойкими значительными или резко выраженными, выраженными нарушениями основных функций организма и ограничениями жизнедеятельности, после определения первой или второй групп инвалидности без очередного срока переосвидетельствования.

Приложение 3 к приказу
Министра внутренних дел
Республики Казахстан
от 19 августа 2014 года № 530

Правила медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью

Сноска. Правила в редакции приказа Министра внутренних дел РК от 23.12.2019 № 1088 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

1. Настоящие Правила медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью, определяют порядок проведения медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью.

2. При наличии у осужденного заболевания, указанного в Перечне заболеваний осужденных, являющихся основанием освобождения от отбывания наказания, неэффективности стационарного лечения, прогрессирующего ухудшения общего состояния больного, он рассматривается врачебно-консультативной комиссией (далее - ВКК) медицинской части или иной организации здравоохранения по прикреплению.

После рассмотрения ВКК осужденный в течение трех рабочих дней направляется на освидетельствование специальной медицинской комиссии (далее – СМК).

3. СМК по освидетельствованию осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания, замене неотбытой части наказания более мягким видом наказания (далее – ЗМН) в связи с болезнью с применением или без применения принудительных мер медицинского характера, создаются в медицинских службах Департаментов уголовно-исполнительной системы (далее – ДУИС) по областям, городам республиканского значения и столицы.

4. Состав СМК утверждается начальником ДУИС и согласовывается с руководителем управления здравоохранения области, городов республиканского значения, столицы. СМК состоит из председателя - руководителя медицинской службы ДУИС и двух врачей лечебного профиля - членов комиссии, секретаря не имеющего право голоса.

В состав комиссии привлекаются специалисты-врачи медицинской службы уголовно-исполнительной системы (далее – УИС) и 5-7 специалистов организаций здравоохранения, в том числе заместитель руководителя регионального центра психического здоровья.

К работе комиссии привлекаются профильные специалисты территориального органа здравоохранения по согласованию с их руководителями.

5. В своей работе СМК руководствуется Уголовным, Уголовно-исполнительным кодексами Республики Казахстан и настоящими Правилами.

6. Медицинскому освидетельствованию СМК подлежат осужденные, с имеющимися заболеваниями, указанными в Перечне, в случае наступления заболевания в период отбывания наказания, а также до совершения преступления при прогрессировании заболевания, если стационарное лечение не дало положительных результатов.

Одновременно, администрация учреждения, следственного изолятора (далее – СИ) формирует и представляет на медико-социальную экспертизу по месту дислокации учреждения, СИ документы на освидетельствуемое лицо в соответствии с Правилами проведения медико-социальной экспертизы, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10589).

На лиц, состоящих на учете службы пробации документы на медико-социальную экспертизу направляют организации здравоохранения по месту прикрепления осужденного.

7. Медицинское освидетельствование осужденных больных в лечебно-профилактических учреждениях, а также в учреждениях ДУИС областей, городов республиканского значения, столицы и состоящих на учете службы пробации, проводится независимо от профиля заболевания с обеспечением проведения комплекса обследования и консультаций профильных специалистов, кроме больных с психическими расстройствами.

8. Осужденные, страдающие психическими расстройствами, лишаящими их возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежат освобождению независимо от характера и тяжести совершенного преступления, назначенного и отбытого срока наказания, поведения во время отбывания наказания и других обстоятельств.

Медицинское освидетельствование СМК осужденных отбывающих наказание в учреждения, СИ страдающих психическими расстройствами, проводится в психиатрической больнице учреждения УИС.

Медицинское освидетельствование СМК осужденных состоящих на учете службы пробации страдающих психическими расстройствами, проводится в региональных центрах психического здоровья по месту постановки на учет.

В заключении СМК, относительно лица, страдающего психическим расстройством, в соответствии со статьей 93 Уголовного кодекса Республики Казахстан, указывается необходимость назначения и вида принудительной меры медицинского характера.

9. Если будет признано, что заболевание относится к заболеваниям, указанным в Перечне, составляется заключение специальной медицинской комиссии, по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

10. Заключение СМК выдается после проведения всесторонних медицинских обследований больного, свидетельствующих о безуспешности проводимого лечения с учетом заключительного диагноза.

11. Заключение СМК оформляется в пяти экземплярах: первый направляется в суд, второй – в медицинскую службу ДУИС, третий - в Комитет уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан, четвертый - приобщается к истории болезни, пятый - приобщается к материалам личного дела.

12. Для постановки вопроса об освобождении лица от отбывания наказания, ЗМН в связи с болезнью с применением или без применения принудительных мер медицинского характера, в течение трех рабочих дней со дня получения положительного заключения СМК, представление учреждения УИС или органа, исполняющих наказание, а также заключение СМК, характеристика, личное дело осужденного направляются в суд.

В представлении указываются данные об осужденном, о тяжести совершенного им преступления, его личности, поведении в период отбывания наказания и характере заболевания, которым он страдает.

Лицо, имеющее заболевания, указанные в Перечне, освобождается судом от отбывания наказания или наказание может быть заменено более мягким видом наказания с учетом характера заболевания, тяжести совершенного уголовного правонарушения, личности осужденного и других обстоятельств.

13. На осужденных, которым суд отказал в освобождении от отбывания наказания, ЗМН в связи с болезнью с применением или без применения принудительных мер медицинского характера, в случае ухудшения состояния здоровья, препятствующего отбыванию наказания, материалы повторно направляются в суд независимо от времени вынесения судом постановления об отказе.

14. Учет осужденных, освидетельствованных СМК, независимо от того, представлены материалы в суд или нет, производится в Журнале учета осужденных, освидетельствованных специальной комиссией, по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам, который ведется в медицинских службах ДУИС.

15. За пятнадцати календарных дней до освобождения осужденного в связи с болезнью учреждение, откуда освобождается больной, направляет в местные

органы государственного управления здравоохранения (далее – Управления здравоохранения), по месту жительства больного, извещения об освобождении осужденного, с указанием полного диагноза заболевания.

В случае применения больному замены ЗМН в связи с болезнью извещение об освобождении осужденного направляется дополнительно в службы пробации по месту жительства.

Управление здравоохранения в месячный срок направляет в учреждение, из которого освобожден осужденный в связи с болезнью, информацию о постановке на учет в территориальные организации здравоохранения данного осужденного.

16. Осужденные, освобожденные судом от отбывания наказания в связи с болезнью, подлежат обязательному диспансерному учету, в случае необходимости стационарного лечения госпитализации в территориальные медицинские организации здравоохранения Республики Казахстан.

17. Контроль за состоянием здоровья лица, освобожденного от дальнейшего отбывания наказания в связи с психическим расстройством или иной тяжелой болезнью, осуществляется администрацией учреждения УИС, из которого он был освобожден.

18. Организации здравоохранения, где состоят, освобожденные больные осужденные на учете либо проходят лечение, ежеквартально предоставляет информацию в администрацию учреждения УИС, о состоянии его здоровья, а в случаях выздоровления или смерти информирует немедленно.

19. В случае наступления выздоровления лица возобновление исполнения наказания производится постановлением суда по представлению администрации учреждения УИС.