

Департамент здравоохранения Орловской области

**бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области  
«Орловский противотуберкулезный диспансер»**

302027, г. Орел, ул. Цветаева, 15

Тел/факс: (8 4862) 41-48-70

e-mail:

oo\_buz\_tubdis@orel-region.ru

« 10 » 11. 2025

пер. № 244

**ПРИКАЗ № 59**

**О внесении дополнений в приказ № 175 от 30.12.2022  
«Об организации проведения медицинского  
освидетельствования иностранных граждан  
и лиц без гражданства в БУЗ Орловской области «ОПТД»**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», во исполнение приказа Минздрава России № 1079н от 19.11.2021 «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования, включая проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме иностранного гражданина или лица без гражданства наркотических средств или психотропных веществ либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, на наличие или отсутствие у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), формы бланка и срока действия медицинского заключения об отсутствии факта употребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ, а также формы, описания бланка и срока действия медицинского заключения о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих»

**П Р И К А З Ы В А Ю:**

1. Внести следующие дополнения в приказ № 175 от 30.12.2022 «Об организации проведения медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в БУЗ Орловской области «ОПТД»:
  - 1.1. В приложении утвердить Информированное добровольное согласие иностранного гражданина и лица без гражданства на проведение медицинского освидетельствования, включая наличие или отсутствие у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
  - 1.2. Добавить п. 3.3: обеспечить оформление Согласия пациента (субъекта персональных данных) на обработку своих персональных данных в соответствии с

приказом главного врача БУЗ Орловской области «ОПТД» №66 от 02.11.2018 «Об утверждении форм документов, необходимых в целях выполнения требований законодательства в области персональных данных» при проведении освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства.

- 1.3. Добавить п. 3.4: обеспечить оформление Информированного добровольного согласия иностранного гражданина и лица без гражданства на проведение медицинского освидетельствования, включая наличие или отсутствие у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержденного настоящим приказом, при проведении освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства.
2. Контроль за исполнением данного приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Киселеву Ю.Ю.

Главный врач



Е.В. Кирьянова

Исполнитель:  
заместитель главного врача по медицинской части  
Киселева Ю.Ю.

**Информированное добровольное согласие иностранного гражданина и лица без гражданства на проведение медицинского освидетельствования, включая наличие или отсутствие у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих**

Я, \_\_\_\_\_,

«     » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на проведение в БУЗ Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер»

мне;

гражданину \_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения, адрес места жительства)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

законным представителем которого я являюсь на основании

(указать наименование и реквизиты документа)

медицинского освидетельствования, включая проведение обследования на наличие или отсутствие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих (осмотр врачом-фтизиатром, выполнение флюорографии, или рентгенографии, или компьютерной томографии легких (для лиц старше 18 лет), иммунодиагностика с применением аллергена бактерий с 2 туберкулиновыми единицами очищенного туберкулина в стандартном разведении (для лиц в возрасте до 7 лет включительно), иммунодиагностика с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении или по желанию гражданина in vitro тесты, основанные на оценке высвобождения Т-лимфоцитами гамма-интерферона (для лиц в возрасте от 8 до 14 лет включительно), иммунодиагностика с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении или рентгенологическое исследование органов грудной клетки или флюорография легких (для лиц в возрасте от 15 до 17 лет включительно), бактериоскопическое и (или) культуральное (посевы на твердых и жидких питательных средах) исследование мокроты или другого материала или молекулярно-биологическое исследование мокроты или другого материала на ДНК микобактерий туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) (при наличии медицинских показаний).

Врачом-фтизиатром \_\_\_\_\_

(Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы проведения медицинского освидетельствования, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты медицинского освидетельствования.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии

- моего здоровья;
- состоянию лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

---

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)*

---

*(подпись)*

---

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)*

---

*(подпись)*

---

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.