

УТВЕРЖЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма Идентификационный код	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной документации № 104/у УТВЕРЖЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">0</td><td style="padding: 2px;">2</td><td style="padding: 2px;">0</td><td style="padding: 2px;">6</td><td style="padding: 2px;">2</td><td style="padding: 2px;">0</td><td style="padding: 2px;">1</td><td style="padding: 2px;">5</td> </tr> </table> № 012.1/41	0	2	0	6	2	0	1	5
0	2	0	6	2	0	1	5		

**Заключение № _____
комиссии врачей-психиатров в отношении лица,
к которому применены принудительные меры медицинского характера**

1. Дата проведения заседания комиссии <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> (число, месяц, год)									2. Время проведения заседания комиссии <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> (часы, минуты)				
3. Место проведения заседания комиссии: _____													
4. Фамилия, имя, отчество лица, осмотр которого проводится: _____													

5. Дата рождения <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> (число, месяц, год)									6. Пол: мужской - 1, женский - 2 <input type="checkbox"/>

7. Наименование суда, которым было вынесено решение о применении принудительных мер медицинского характера: _____

8. Дата вынесения решения суда о применении принудительных мер медицинского характера	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> (число, месяц, год)								

9. Дата поступления лица в учреждение здравоохранения, в котором оно находится в настоящее время	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> (число, месяц, год)								

10. Вид принудительных мер медицинского характера, который применяется во время заседания комиссии: принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях - 1 принудительное лечение в учреждении здравоохранения, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях: общего типа - 2; <input type="checkbox"/> специализированного типа - 3; специализированного типа с интенсивным наблюдением - 4;

11. Основание для обращения в суд: продление применения принудительных мер медицинского характера - 1 изменение вида принудительных мер медицинского характера (указать на какой) - 2 прекращение применения принудительных мер медицинского характера - 3	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

12. Лицо, в отношении которого применяются принудительные меры медицинского характера: признано судом невменяемым - 1 признано судом частично вменяемым - 2 заболело психическим расстройством до вынесения судебного решения по сути дела - 3 заболело психическим расстройством во время отбывания наказания - 4	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

13. Наименование суда, которым было вынесено последнее решение о продлении применения принудительных мер медицинского характера

14. Дата вынесения последнего решения суда о продлении применения принудительных мер медицинского характера	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> (число, месяц, год)								

15. Совершенное(ые) лицом общественно опасное(ые) деяние(я), предусмотренное (ые) _____ Уголовного кодекса Донецкой Народной Республики (указать пункт(ы), часть(и), статью(и) Уголовного кодекса Донецкой Народной Республики)

16. Психиатрический осмотр провела комиссия врачей-психиатров в составе: (фамилия, имя, отчество врача-психиатра, врачебная категория, должность)
председатель: _____
член(ы) комиссии: _____
врач-докладчик: _____

17. Лица, которые присутствовали при проведении заседания комиссии врачей-психиатров: _____

18. Анамнез жизни: _____

криминальный анамнез: _____

применение принудительных мер медицинского характера в прошлом: _____

наркологический анамнез: _____

19. Изменения социального статуса лица: _____

20. Совершенное(ые) общественно опасное(ые) деяние(я): _____

судебно-психиатрические экспертизы, проведенные до вынесения решения суда о применении принудительных мер медицинского характера (указать учреждение здравоохранения, даты проведения, заключение): _____

21. Наименование суда(ов), которым(и) было вынесено решение(я) о продлении применении принудительных мер медицинского характера: _____

22. Учреждения здравоохранения, в которых применялись принудительные меры медицинского характера (указать даты пребывания и виды принудительных мер медицинского характера, которые применялись, динамику состояния лица за период пребывания в каждом из учреждений здравоохранения): _____

23. Анамнез психического заболевания (указать, когда отмечались первые проявления болезни и обстоятельства её возникновения, течение болезни, имеющуюся симптоматику на каждом этапе развития болезни, ведущие синдромы, методы лечения): _____

24. Динамика состояния лица в учреждении здравоохранения, в котором в настоящее время находится лицо:

жалобы _____

психическое состояние _____

данные патопсихологического обследования: _____

соматическое состояние: _____

неврологическое
состояние: _____

лабораторные и другие обследования: _____

лечение: _____

реабилитационные
программы: _____

25. Данные клинического обследования лица, полученные во время проведения комиссии врачей-психиатров:
жалобы _____

психическое
состояние _____

данные патопсихологического обследования: _____

соматическое
состояние: _____

неврологическое состояние: _____

лабораторные и другие обследования: _____

лечение: _____

реабилитационные программы: _____

26. Диагноз: _____

Код согласно МКБ-10

--	--	--	--	--

27. Обоснование необходимости продления, изменения вида или прекращения применения принудительных мер медицинского характера: _____

28. Заключение комиссии врачей-психиатров: _____

29. Подписи врачей-психиатров с указанием их фамилий, имён, отчеств, врачебной категории, должности: _____

30. Печать учреждения здравоохранения, заверяющая подписи врачей-психиатров.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

ИНСТРУКЦИЯ

по заполнению формы первичной учётной документации № 104/у «Заключение № ____ комиссии врачей-психиатров в отношении лица, к которому применены принудительные меры медицинского характера»

1. Эта инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учётной документации № 104/у «Заключение № ____ комиссии врачей-психиатров в отношении лица, к которому применены принудительные меры медицинского характера» (далее – форма № 104/у).

2. Форма № 104/у является основным медицинским документом, заполняющимся на лицо, к которому по решению суда применяются принудительные меры медицинского характера (далее – ПММХ). Форма № 104/у ведётся во всех учреждениях здравоохранения, в которых применяются ПММХ.

3. В пунктах 1-3 указываются дата, время и место проведения заседания комиссии врачей-психиатров.

4. В пунктах 4-6 указываются фамилия, имя, отчество лица, осмотр которого проводится, дата его рождения и пол.

5. В квадратах пунктов 6, 10-12 следует вписать необходимую цифру. Другие пункты заполняются в соответствии с требованиями, указанными в каждом из них.

6. В пунктах 7, 8 указывается наименование суда, которым было вынесено решение о применении ПММХ, и дата внесения решения суда о применении ПММХ.

7. В пункте 9 указывается дата поступления лица в учреждение здравоохранения, в котором оно находится в настоящее время.

8. В пункте 10 указывается вид ПММХ, который применялся во время заседания (заседаний) комиссии: принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях, принудительное лечение в стационарных условиях общего типа, специализированного типа, специализированного типа с интенсивным наблюдением.

9. В пункте 11 указывается основание для обращения в суд (продление применения ПММХ, изменение вида ПММХ, отмена применения ПММХ). В случае изменения вида ПММХ необходимо указать, на какой вид комиссия врачей-психиатров рекомендует изменить ПММХ.

10. В пункте 12 указывается статус лица, к которому применяются ПММХ: лицо признано судом невменяемым, признано судом частично вменяемым, заболело психическим расстройством до вынесения судебного решения по сути дела, заболело психическим расстройством во время отбывания наказания.

11. В пунктах 13, 14 отмечают наименование суда, который последним вынес решение о продолжении применения ПММХ, и дату вынесения последнего решения суда о продолжении применения ПММХ.

12. В пункте 15 указывается, какой (какими) статьей (статьями) Уголовного кодекса ДНР предусмотрено (предусмотрены) совершенное (совершенные) лицом общественно опасное (опасные) деяние (деяния).

13. В пункте 16 указываются фамилия, имя и отчество каждого члена комиссии врачей-психиатров, его должность.

14. В пункте 17 перечисляются все лица (кроме членов комиссии и осматриваемого лица), которые присутствовали при проведении заседания комиссии врачей-психиатров.

15. В пункте 18 указывается анамнез жизни осматриваемого лица, в том числе детально описывается криминальный анамнез, указываются ПММХ, если они применялись в отношении лица в прошлом, наркологический анамнез.

16. В пункте 19 описываются изменения социального статуса осматриваемого лица за время применения ПММХ.

17. В пункте 20 указываются общественно опасные деяния, совершенные лицом, судебно-психиатрические экспертизы, которые были проведены до вынесения решения суда о применении ПММХ, наименование проводивших их учреждений здравоохранения, даты проведения и выводы экспертов по каждой из проведенных экспертиз.

18. В пункте 21 указывается наименование суда (судов), которым (которыми) были вынесены решения о продлении применения ПММХ, и даты вынесения этих решений судов.

19. В пункте 22 перечисляются учреждения здравоохранения, в которых применялись ПММХ, также указывается период применения ПММХ, виды ПММХ, которые применялись, и динамика состояния лица во время пребывания в каждом из перечисленных учреждений здравоохранения.

20. В пункте 23 описывается анамнез болезни: указывается, когда отмечались первые проявления болезни, обстоятельства ее возникновения, течение болезни, наблюдаемая симптоматика на каждом этапе развития болезни, ведущие симптомы, методы лечения, применяемые на каждом этапе течения болезни.

21. В пункте 24 указывается динамика состояния лица в учреждении здравоохранения, в котором в настоящее время находится лицо, а именно: жалобы, которые у него имелись ранее, динамика психического состояния лица, данные патопсихологического обследования в динамике, данные соматического, неврологического состояния, лабораторных и других обследований в динамике, данные о лечении лица, проводимых реабилитационных мероприятиях.

22. В пункте 25 указываются данные клинического обследования лица, полученные во время проведения заседания комиссии врачей-психиатров, а именно: жалобы на момент осмотра, психическое состояние, данные патопсихологического обследования, соматическое, неврологическое состояние, данные лабораторных и других обследований, данные о лечении, проводимых реабилитационных мероприятиях в настоящее время.

23. В пункте 26 указываются клинический диагноз и код согласно МКБ-10.

24. В пунктах 27, 28 обосновывается необходимость продления, изменения или прекращения применения ПММХ и указывается заключение комиссии врачей-психиатров.

25. Пункты 29, 30 содержат подписи врачей-психиатров с указанием фамилии, имени и отчества, должности, врачебной категории каждого члена комиссии, и ставится печать учреждения здравоохранения, заверяющая подписи врачей-психиатров.

26. В случае ведения формы №104/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

27. Срок хранения формы №104/у - 50 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой