



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

РАСПОРЯЖЕНИЕ

А.И.Монин 2015

г. Чита

л. 1092

В целях проведения мониторинга о случаях смерти лиц, злоупотребляющих алкоголем и его суррогатами, наркотическими и токсическими веществами, на основании Положения о Министерстве здравоохранения Забайкальского края:

1. Утвердить форму отчета по результатам патологоанатомических вскрытий (судебно-медицинских исследований) умерших в Забайкальском крае от злоупотребления алкоголем и его суррогатами, наркотическими и токсическими веществами (Приложение № 1).

2. Главному врачу ГУЗ «Забайкальское краевое патологоанатомическое бюро» Н.Н. Чарторижской, главному врачу ГУЗ «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы» Е.А. Киреевой обеспечить предоставление информации в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» ежеквартально, в срок до 30 марта, 30 июня, 30 сентября, 30 декабря, согласно утвержденной формы (Приложение) по e-mail: ONDchita@yandex.ru

3. Главному врачу ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» О.П. Дубинину обеспечить сбор и анализ полученной информации.

4. Признать утратившим силу распоряжение Министерства здравоохранения Забайкальского края от 04.05.2012 года № 823.

5. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя министра здравоохранения – начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению Забайкальского края О.А. Дурову.

Министр здравоохранения

М.Н. Лазуткин

Исп. О.П. Дубинин (31-13-02)

Согласовано:

А.Н. Лескова

Н.Г. Первалова

С.А. Усков

Приложение к распоряжению
Министерства здравоохранения
Забайкальского края

от 14.08.15 г. № 1092

**Форма отчета по результатам патологоанатомических вскрытий (судебно-медицинских исследований)
умерших в Забайкальском крае от злоупотребления алкоголем и его суррогатами, наркотическими и
токсическими веществами за период**

с « » 20 г. по « » 20 г.

_____ (наименование ЛПУ, e-mail, факс)

№ п/п	ФИО умершего	Дата рождения	Место жительства	Дата смерти	Клинический диагноз (шифр МКБ-10)	Дата и № протокола/акта вскрытия	П/анатомический или судебно-медицинский диагноз (шифр МКБ)	Психоактивное вещество
1								
2								
3								

Исполнитель: Ф.И.О. _____ подпись _____