

Приложение № 2
Утвержден
приказом Департамента
здравоохранения города
Севастополя
от 30.05.2016 № 643

**Порядок
обеспечения питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также
детей в возрасте до трех лет по заключению врача**

1. Настоящий Порядок обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет в городе Севастополе (далее – Порядок) разработан с целью реализации мер по обеспечению полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет (далее – полноценное питание) в городе Севастополе государственными учреждениями, подведомственными Департаменту здравоохранения города Севастополя (далее – медицинские организации).

2. Медицинские организации обеспечивают:

2.1. закупку, хранение, отпуск и учет полноценного питания в установленном действующим законодательством порядке;

2.2. формирование и предоставление отчетов по реализации мер по обеспечению полноценным питанием по форме и в сроки, установленные Департаментом здравоохранения города Севастополя (далее – Департамент);

2.3. хранение документов по вопросам предоставления полноценного питания (заявления, рецепты, реестры рецептов) в течение пяти лет.

3. Перечень медицинских показаний и нормы обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет в городе Севастополе, устанавливаются согласно приложениям № 1 и № 2 к настоящему Порядку.

4. Обеспечение полноценным питанием осуществляется на основании письменных заявлений беременных женщин, кормящих матерей и одного из родителей (законных представителей) детей в возрасте до трех лет установленной формы при наличии медицинских показаний по заключению врача медицинской организации по месту прикрепления беременной женщины, кормящей матери и ребенка в возрасте до трех лет.

5. Заключение врача по обеспечению полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет в городе Севастополе выдается беременной женщине, кормящей матери, одному из родителей (законным представителям) (далее – получатели полноценного питания) на каждого рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) совместно проживающего с ним ребенка при наличии медицинских показаний по установленной форме и приобщается к

индивидуальной карте беременной, амбулаторной карте пациента и (или) истории развития ребенка.

6. Заключение врача является основанием для оформления врачами рецепта на получение полноценного питания. Расчет питания осуществляется на один месяц. Рецепт оформляется с 1-го числа месяца, следующего за месяцем получения заключения врача на предоставление полноценного питания.

7. Медицинские организации утверждают локальным правовым актом список медицинских работников, имеющих право оформления рецептов на выдачу полноценного питания, порядок приема и хранения заявлений, выдачи и хранения рецептов, выдачи полноценного питания. Рецепты на выдачу полноценного питания оформляются на рецептурном бланке в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

8. Отпуск полноценного питания беременным женщинам и кормящим матерям, состоящим под наблюдением в негосударственных медицинских учреждениях, осуществляется в государственных родовспомогательных учреждениях здравоохранения (женских консультациях) при условии представления ими выписки из медицинской документации и при наличии соответствующих показаний; в таких случаях назначение полноценного питания осуществляется по заключению врача акушера-гинеколога по месту прикрепления женщины.

9. Закупаемое полноценное питание должно соответствовать требованиям нормативно-технической документации, санитарно-эпидемиологических правил и сопровождаться документами, подтверждающими качество и безопасность (санитарно-эпидемиологическое заключение, сертификат соответствия).

10. Медицинские организации ежеквартально до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляют в Управление экономики и планирования Департамента отчеты по установленной форме.

Приложение № 1
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
беременных женщин, кормящих
матерей, а также детей в возрасте
до трех лет по заключению врачей
в городе Севастополе

**Перечень медицинских показаний, при наличии которых
осуществляется обеспечение полноценным питанием беременных женщин,
кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет в городе
Севастополе**

Заключение врача о необходимости обеспечения полноценным питанием выдается при наличии следующих медицинских показаний:

1. для беременных женщин и кормящих матерей - анемия средней и тяжелой степени;
2. для детей первого года жизни:
 - 2.1. приобретенная (постнатальная) дистрофия типа гипотрофии;
 - 2.2. заболевания матери, требующие лечения препаратами, представляющими опасность для здоровья ребенка (антиметаболиты, цитостатики, радиоактивные вещества, противотуберкулезные препараты)
 - 2.3. анемия средней и тяжелой степени.
 - 2.4. дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей;
3. для детей второго и третьего года жизни – приобретенная (постнатальная) дистрофия типа гипотрофии.

Приложение № 2
к Порядку обеспечения
полноценным питанием
беременных женщин, кормящих
матерей, а также детей в возрасте
до трех лет по заключению врачей
в городе Севастополе

**Нормы обеспечения полноценным питанием беременных женщин,
кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет в городе
Севастополе**

№ п/п	Наименование категории	Норма обеспечения (в месяц)		
		сбалансирован- ная питательная смесь (кг)	адаптирован- ная молочная смесь (кг)	сухая молочная каша (кг)
1.	Беременные женщины и кормящие матери	1,2	X	X
2.	Дети в возрасте до шести месяцев	X	3,0	X
4.	Дети в возрасте от шести месяцев до года	X	1,5	1,5
5.	Дети в возрасте от одного года до трех лет	X	X	1,0

Приложение № 3
Утверждено приказом
Департамента
здравоохранения города
Севастополя
от 30.05.2016 № 643

**Форма заявления
беременной женщины, кормящей матери,
а также одного из родителей ребенка в возрасте до трех лет,
либо лица их заменяющего, для получения
полноценного питания по заключению врача**

(должность, Ф.И.О. руководителя медицинского учреждения)

Заявление

Я, _____,

(Ф.И.О. беременной женщины, кормящей матери или одного из родителей детей в возрасте до трех лет,
либо лица их заменяющего)

прошу выдать полноценное питание по
заключению врача

(указать «кого», год рождения, адрес места жительства)

Заключение врача (оригинал) от _____ № _____ прилагается.

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата подачи заявления)

(Подпись заявителя)

Приложение № 4
Утверждено приказом
Департамента
здравоохранения города
Севастополя
от 30.05.2016 № 643

Наименование медицинской организации _____

**Заключение
врача об обеспечении полноценным питанием**

_____ № _____
(дата)

Принято в отношении:
беременной женщины _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

кормящей матери _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

ребенка в возрасте до трех лет _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

проживающей (его) по адресу: _____

Диагноз: _____

Имеет медицинские показания по обеспечению полноценным питанием:

с _____ 201__ г. по _____ 201__ г.

Подпись врача:

(подпись)

(расшифровка подписи)

Печать организации здравоохранения