ОЧАГ {{focus\_id}} Участок {{name\_area}}

ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия»им. Е.Н.Андреева

Отдел профилактической дезинфекции

ЗАЯВКА НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ № {{id}}

{{current\_date}} год

На основании Федерального закона « О санитарно - эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999г. №52 – ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, №14,ст.1650) и «Положения о государственном санитарно – эпидемиологическом нормировании», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000г. №554 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, №31, ст.3295), постановляю: Ввести в действие 25.06.2003г. санитарно – эпидемиологические правила «Профилактика туберкулеза. СП 3.1.2.3114-13 утвержденное Главным Государственным санитарным врачом РФ от 22.10.2013г. №60.

**Основными способами обеззараживания при заключительной дезинфекции** являются:

- использование высокой температуры (кипячение белья, посуды, игрушек, сжигание мусора и малоценных предметов);

-использование камерного обеззараживания (постельные принадлежности, одежда, книги и др,);

-использование химических средств дезинфекции (для обеззараживания мокроты, белья, посуды, помещения и др.)

**Я,** {{patient\_full\_name}}. **Дата рождения:** {{birth\_date}}. **Домашний адрес**: {{address}}. **№ сот/тел.:** {{contact\_phone}}. **№ сот/тел.родст**: {{relative\_contact\_phone}}. **Место работы:** {{workplace}}**, должность**: {{position}}. **Диагноз:** {{diagnosis\_id}}**, ГДУ:** {{gdu\_id}}, **Дата взятия на учет:** {{registration\_date}}. **Место и дата госпитализации**: {{reason\_application}}.

Для снижения инфицирования возбудителем внешней среды и предотвращения повторных случаев заболевания в очагах туберкулеза, а так же для предотвращения заболеваемости туберкулезом родных и близких **даю согласие/отказ (нужное подчеркнуть) на проведение заключительной дезинфекции.**

**При отказе от заключительной дезинфекции указать причину:**

**Настоящее согласие на заключительную дезинфекцию дано мной:**  □согласны / □не согласны

(нужное отметить)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.** |
| **(ФИО)** | **(подпись)** | **(Дата)** |

**Ф.И.О. врача:** {{doctor\_name}}

**Заключительная дезинфекция проведена:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.** |
| **(ФИО клиента)** | **(подпись)** | **(Дата)** |

**Дезинфектор:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.** |
| **(ФИО)** | **(подпись)** | **(Дата)** |

Линия отреза

**Ф.И.О.пациента:** {{patient\_full\_name}}. **Дом/адрес:** {{address}}.

**Заключительная дезинфекция проведена:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.** |
| **(ФИО клиента)** | **(подпись)** | **(Дата)** |

**Дезинфектор:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.** |
| **(ФИО)** | **(подпись)** | **(Дата)** |