



**КонсультантПлюс**

Приказ Минздрава СССР от 14.12.1990 N 483  
"Об утверждении инструкций по борьбе с  
лепрой"

(вместе с "Инструкцией по борьбе с лепрой" и  
"Инструкцией по превентивному лечению  
контактных с больными лепрой лиц")

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

[www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)

Дата сохранения: 03.12.2020

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

### ПРИКАЗ от 14 декабря 1990 г. N 483

#### ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИЙ ПО БОРЬБЕ С ЛЕПРОЙ

В целях обеспечения дальнейшего снижения заболеваемости лепрой и совершенствования оказания медицинской помощи больным лепрой

1. Утверждаю:

1.1. "Инструкцию по борьбе с лепрой" (приложение 1);

1.2. "Инструкцию по превентивному лечению контактных с больными лепрой лиц" (приложение 2);

КонсультантПлюс: примечание.

Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 признан утратившим силу Приказом Минздрава СССР от 05.10.1988 N 750.

1.3. Дополнение к "Перечню форм первичной документации учреждений здравоохранения", утвержденному приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. N 1030 (приложения 3, 4, 5, 6).

2. Считать утратившими силу приказы Министерства здравоохранения СССР:

- от 28.05.1962 г. N 265 "О мероприятиях по снижению заболеваемости лепрой в СССР", кроме п. IX.2, приложение 2;

- от 29.09.1971 г. N 721 "О дополнительных мероприятиях по усилению борьбы с лепрой в СССР"

Министр  
И.Н. ДЕНИСОВ

Приложение N 1  
к приказу Минздрава СССР  
от 14 декабря 1990 г. N 483

#### ИНСТРУКЦИЯ ПО БОРЬБЕ С ЛЕПРОЙ

##### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Мероприятия по борьбе с лепрой включают медицинские и социальные аспекты и призваны

---

обеспечивать своевременное выявление больных лепрой, полноценное их лечение, последующее диспансерное наблюдение, а также соответствующие меры профилактики.

1.2. Организационно-методическое руководство работой по борьбе с лепрой в СССР (планирование, разработка методических документов, положений, проведение совещаний, конференций и др.) осуществляет Министерство здравоохранения СССР.

Министерства здравоохранения союзных республик непосредственно организуют и контролируют деятельность противолепрозных учреждений, находящихся на их территории (утверждение штатов, финансирование, выделение фондов, снабжение медицинским оборудованием и медикаментами).

1.3. Противолепрозные учреждения и местные органы здравоохранения несут полную ответственность за выявление больных лепрой, их своевременную госпитализацию в противолепрозные учреждения, систематический контроль за членами семей больных и других групп повышенного риска заболевания. В их обязанности входит организация и проведение амбулаторного лечения выписываемых из противолепрозных учреждений больных, превентивное лечение членов семей больных, санитарно-просветительная и воспитательная работа по лепре среди населения.

1.4. Научно-исследовательским и методическим центром по борьбе с лепрой является НИИ по изучению лепры Минздрава СССР (Астрахань). Директор института является внештатным Главным специалистом-лепрологом Министерства здравоохранения СССР.

1.5. Проведение лечебной и профилактической работы по лепре возлагается на зональные противолепрозные и дерматовенерологические учреждения.

1.6. В каждом республиканском, краевом, областном и районном дерматовенерологическом учреждении выделяется врач, ответственный за проведение противолепрозных мероприятий.

1.7. Медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений участвует в противолепрозных мероприятиях под руководством врачей противолепрозных и дерматовенерологических учреждений.

## **2. РЕГИСТРАЦИЯ И УЧЕТ БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ И КОНТАКТНЫХ ЛИЦ**

2.1. Медицинский работник, выявивший больного лепрой, заполняет на него "Экстренное извещение об инфекционном заболевании" (учетная форма 058-у) и направляет его в районную (городскую) СЭС. Территориальная СЭС организует госпитализацию больного в зональное противолепрозное учреждение и проведение дезинфекции.

2.2. В противолепрозном учреждении на вновь выявленного больного, а также на больного с рецидивом заболевания заполняется "Извещение на больного с впервые установленным диагнозом лепры, на больного с рецидивом лепры" (приложение N 4). "Извещение" составляется в 3-х экземплярах. Один экземпляр остается в зональном противолепрозном учреждении, другой направляется в НИИ по изучению лепры Минздрава СССР, а третий передается врачу, ответственное по борьбе с лепрой областного (краевого, республиканского) кожно-венерологического диспансера.

2.3. При переезде больного на постоянное жительство в другой регион в соответствующее зональное противолепрозное учреждение вместе с выпиской из истории болезни высылается также копия ранее составленного "Извещения".

2.4. Соответствующая информация направляется в Институт по изучению лепры при выписке больного из противолепрозного учреждения на амбулаторное лечение, при переводе на диспансерное наблюдение, а также в случае смерти больного.

2.5. В противолепрозном учреждении на лиц, имевших тесный контакт с больными лепрой, заполняется "Контрольная карта на члена семьи больного лепрой или на лицо, имевшее тесный контакт с ним" (приложение N 5), для учета и регистрации результатов наблюдения за состоянием их здоровья.

На учет берутся лица, находившиеся в условиях, заведомо способствующих передаче инфекции (тесный, длительный контакт с больным в семье).

Наблюдение за контактными лицами наряду с врачами противолепрозных учреждений проводят врачи-дерматовенерологи.

### 3. ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ

3.1. Своевременному выявлению больных лепрой способствуют знания медицинскими работниками начальных проявлений лепрозного процесса (поражения кожи, периферических нервов, слизистых оболочек и т.д.); длительный контроль за лицами, имевшими тесный контакт с больными; обследования населения отдельных пунктов, в которых регистрировались повторные случаи заболевания лепрой; повышение санитарно-гигиенической грамотности населения.

3.2. Контактные с больными лепрой лица подвергаются регулярному ежегодному осмотру (при необходимости и лабораторному обследованию) в течение 20 лет с момента регистрации у больного лепроматозной или пограничной лепры и в течение 10 лет при туберкулоидной, погранично-туберкулоидной и недифференцированной лепре.

При возникновении у диспансерных больных рецидива болезни, подтвержденного бактериоскопическими и патогистологическими исследованиями, контактные лица берутся на учет как при первичной регистрации больного.

3.3. Ежегодные осмотры контактных организуют и проводят зональные противолепрозные учреждения или по их поручению ответственные за противолепрозные мероприятия врачи, которым направляются списки или контрольные карты подлежащих осмотру лиц.

3.4. Проведение массовых осмотров населения согласовывается с исполкомами местных Советов и осуществляется с привлечением работников территориальных органов здравоохранения. Осмотры проводятся путем подворного обхода или приглашения населения в медицинские учреждения.

3.5. Проводится тщательный осмотр кожного покрова, видимых слизистых, пальпация крупных нервных стволов, лимфатических узлов.

При подозрении на лепру проводится исследование тактильной, болевой и температурной чувствительности в области имеющих поражения кожи, бактериоскопическое исследование соскобов со слизистой носа и скарификатов кожных поражений, патогистологическое исследование биоптата кожи, функциональные пробы. При необходимости обследуемый направляется на консультацию в зональное противолепрозное учреждение или НИИ по изучению лепры.

## 4. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ

4.1. Больные лепрой подлежат обязательному противолепрозному лечению и постоянному диспансерному наблюдению.

4.2. Независимо от места проживания, все вновь выявленные на территории СССР больные лепрой подлежат госпитализации в клинику НИИ по изучению лепры Минздрава СССР (г. Астрахань) сроком на 3 - 6 месяцев для всестороннего первоначального обследования, разработки индивидуальной тактики комплексного противолепрозного лечения. Дальнейшее лечение может осуществляться как в противолепрозном учреждении, так и амбулаторно по месту жительства больного.

4.3. Обязательной госпитализации в противолепрозные учреждения подлежат:

- все больные с лепроматозной и пограничной лепрой;
- больные с туберкулоидной и недифференцированной лепрой при наличии распространенных поражений;
- больные с туберкулоидной и недифференцированной лепрой, если в соскобах со слизистой носа и скарификатах кожи обнаруживаются микобактерии лепры;
- больные, выписанные на диспансерное обслуживание, при возникновении рецидива болезни.

4.4. Больные туберкулоидной или недифференцированной лепрой с ограниченными кожными проявлениями и отрицательными результатами бактериоскопических исследований могут лечиться амбулаторно по месту жительства при наличии соответствующих условий (изолированная жилплощадь, наличие медицинского учреждения). При невозможности обеспечить полноценного амбулаторного лечения больной должен быть госпитализирован.

4.5. Госпитализации в противолепрозные учреждения подлежат больные, находящиеся на диспансерном обслуживании, в случаях необходимости противорецидивного лечения, для лечения различных осложнений лепрозного процесса, сопутствующих заболеваний, для обследования в связи с переосвидетельствованием ВТЭК.

## 5. ВЫПИСКА БОЛЬНЫХ ИЗ ПРОТИВОЛЕПРОЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Стационарное лечение является первым и основным этапом медицинской реабилитации больных. После достижения клинического регресса больные выписываются на диспансерное обслуживание, которое включает амбулаторное лечение и последующее диспансерное наблюдение.

5.1. Условия выписки больных

5.1.1. Выписка больных на амбулаторное лечение производится при достижении регресса лепрозного процесса и полной эпидемиологической безопасности для окружающих. Обязательным условием для выписки больного является наличие изолированной жилой площади, соответствующего материального обеспечения и возможности лечения по месту жительства.

5.1.2. Выписка производится комиссией в составе главного врача или его заместителя по лечебной части (председатель комиссии), заведующего отделением, врача-эпидемиолога и лечащего

врача.

5.1.3. Комиссия рассматривает и утверждает план амбулаторного лечения, дает рекомендации по трудоустройству. Контрольное обследование находящихся на амбулаторном лечении больных должно проводиться ежеквартально (по показаниям - чаще). При отсутствии возможности регулярного посещения противолепрозного учреждения наблюдение за больным поручается врачу-дерматовенерологу, ответственному по лепре.

5.1.4. Больные лепрой, переведенные на амбулаторное лечение, не имеют ограничений в выборе гражданской профессии по эпидемиологическим показаниям, но им не рекомендуется заниматься работой, связанной с непосредственным обслуживанием детей и на предприятиях общественного питания. При разработке трудовых рекомендаций амбулаторным больным необходимо учитывать наличие осложнений лепрозного процесса и способствовать трудоустройству на производства, исключающие возможность травм, ожогов, переохлаждений, профессиональных вредностей, чрезмерных физических нагрузок.

5.1.5. О выписке больного на диспансерное обслуживание противолепрозное учреждение сообщает врачу-дерматовенерологу, ответственному по борьбе с лепрой областного (республиканского) кожно-венерологического диспансера, а также одновременно направляет обменную **карту** (приложение N 6) и выписку из истории болезни в лечебное учреждение, в котором будет лечиться больной.

Учреждение, получившее обменную карту, информирует противолепрозное учреждение о прибытии больного.

5.1.6. При выписке больному выдается справка с указанием даты поступления в противолепрозное учреждение, перевода на диспансеризацию и явки для контрольного обследования.

5.1.7. При явке для очередного обследования больной должен иметь на руках выписку из "Медицинской карты амбулаторного больного", содержащую сведения о проведенном лечении, его переносимости, результатах лабораторных исследований. Медицинскому работнику, ответственному за амбулаторное лечение, сообщаются дальнейшие рекомендации по лечению больного, дата его очередной явки.

5.1.8. Работающим больным на срок обследования в противолепрозном учреждении при необходимости выдается листок временной нетрудоспособности.

## 5.2. Показания для выписки больных

5.2.1. Больные лепроматозной, погранично-лепроматозной или пограничной лепрой выписываются при отчетливом регрессе клинических проявлений заболевания, отрицательных результатах бактериоскопических исследований в течение 6 - 12 мес. Гистологическое исследование биоптатов кожи к моменту выписки должно показывать регрессивные изменения, выражающиеся заменой специфической гранулемы инфильтратом неспецифической структуры с явлениями фиброза ткани; при полярном лепроматозном процессе может определяться небольшое количество вакуолизированных липидосодержащих лепрозных макрофагов. Допускается присутствие единичных зернистых микобактерий.

5.2.2. Больные туберкулоидной и погранично-туберкулоидной лепрой, бактериоскопически

---

положительные при поступлении, могут быть выписаны на амбулаторное лечение после исчезновения активных проявлений болезни, при двукратных за последние 6 месяцев отрицательных результатах бактериоскопических исследований.

5.2.3. Больные с недифференцированной лепрой, бактериоскопически положительные при поступлении, могут быть выписаны на амбулаторное лечение после двукратных в течение последних 6 месяцев отрицательных результатов бактериоскопических исследований и регресса клинических проявлений болезни. Гистологически к моменту выписки может сохраняться нехарактерная инфильтрация, но без тенденции к прогрессированию и без микобактерий лепры.

5.2.4. Больные с недифференцированной и туберкулоидной лепрой, бактериоскопически негативные при поступлении, выписываются на амбулаторное лечение после регресса активных проявлений болезни.

5.2.5. Больные, госпитализированные по поводу рецидива лепры, могут быть выписаны после 6 месяцев бактериоскопической негативности, при условии регресса клинических проявлений заболевания (см. п. п. 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3).

5.2.6. Больные, находящиеся на диспансеризации и поступившие в противолепрозные учреждения для лечения осложнений лепрозного процесса или по поводу сопутствующих заболеваний, а также для противорецидивного лечения и специальных обследований, могут быть выписаны без представления на комиссию.

## **6. ПЕРЕВОД НА КОНТРОЛЬНОЕ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

Больные лепрой переводятся на контрольное наблюдение только в случае клинического выздоровления.

6.1. Больные с лепроматозной, погранично-лепроматозной и пограничной лепрой должны лечиться, как правило, в течение всей жизни. Больных туберкулоидной, погранично-туберкулоидной и недифференцированной лепрой рекомендуется лечить не менее 5 лет, в зависимости от распространенности процесса и результатов терапии.

6.2. Показаниями для перевода больных с амбулаторного лечения на контрольное наблюдение являются:

- отсутствие на кожном покрове в течение последних 3 лет активных проявлений лепры;
- отрицательные результаты повторных бактериоскопических исследований соскобов со слизистой носа и скарификатов кожи в течение последних 3 лет;
- наличие в гистологических препаратах кожи на месте специфических инфильтратов выраженного фиброза соединительной ткани без возбудителя лепры;
- стабильное состояние в течение последних 3 лет имеющих нейротрофических изменений (расстройство чувствительности, амиотрофии, контрактуры, парезы и т.д.).

6.3. Перевод больных на контрольное наблюдение проводится в противолепрозном учреждении комиссией в составе главного врача или его заместителя по лечебной части (председатель),



---

заведующего отделением, лечащего врача и врача-эпидемиолога. К заседанию комиссии врач, ответственный за амбулаторное лечение больных, представляет эпикриз, в котором отмечаются продолжительность амбулаторного лечения, количество курсов и перечень применяемых препаратов, их дозировка, переносимость. Описывается состояние кожного покрова и периферической нервной системы больного за период амбулаторного лечения, результаты бактериоскопических и гистологических исследований в динамике, состояние больного на день освидетельствования. Комиссия дает заключение о возможности прекращения лечения и устанавливает дату контрольного обследования больного.

6.4. Больные, переведенные на контрольное наблюдение, один раз в год обследуются противолепрозным учреждением.

## **7. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ОТПУСКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ**

7.1. В период стационарного лечения больным один-два раза в год может быть предоставлен отпуск на срок до 20 дней.

Предоставление отпусков аккуратно лечащимся больным способствует успешному осуществлению мероприятий по их социальной реабилитации. Условия предоставления отпуска:

- регрессирующее течение болезни;
- отсутствие микобактерий лепры в соскобах со слизистой носа в течение последних 3 месяцев;
- соблюдение больным правил внутреннего распорядка противолепрозного учреждения, а также санитарно-гигиенических норм.

7.2. Вопрос о предоставлении больному краткосрочного отпуска решается комиссией в составе главного врача или его заместителя по лечебной части, врача-эпидемиолога и лечащего врача. Комиссии представляется краткий эпикриз с указанием диагноза, стадии заболевания, результатов бактериоскопических исследований.

7.3. Решение комиссии записывается в историю болезни и подписывается членами комиссии.

7.4. Больному выдается справка, в которой указывается населенный пункт, куда выезжает больной, и продолжительность отпуска. С целью обеспечения непрерывности лечения выдаются лекарственные препараты.

7.5. Проезд и другие расходы больному не оплачиваются.

7.6. На время отпуска больной снимается с питания.

## **8. ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ**

8.1. Транспортировка больных может осуществляться всеми видами транспорта, учитывая, что лепра малоконтагиозное заболевание. Соблюдение больными определенных правил личной гигиены является достаточной мерой предупреждения передачи инфекции.

8.2. Транспортировка вновь выявленных больных, больных с рецидивом заболевания



производится санитарным транспортом, выделяемым местной СЭС или противолепрозным учреждением, а при отсутствии такой возможности - любым видом общественного транспорта. Больного должен сопровождать медицинский работник, в обязанности которого входит обеспечение обязательного соблюдения больным санитарно-гигиенических правил, включая пользование личной посудой, исключение посещения учреждений общественного питания, парикмахерских и т.п.

8.3. Расходы по транспортировке больных в противолепрозные учреждения оплачиваются отделами здравоохранения, на территории которых выявлен больной лепрой.

Заместитель Начальника Управления  
специализированной медицинской  
помощи Минздрава СССР  
Г.Г.ВОЛОКИН

Приложение N 2  
к приказу Минздрава СССР  
от 14 декабря 1990 г. N 483

## ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРЕВЕНТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КОНТАКТНЫХ С БОЛЬНЫМИ ЛЕПРОЙ ЛИЦ

1. Большая продолжительность инкубационного периода (3 - 7 и более лет) позволяет проводить инфицированным лицам превентивное лечение с целью предупреждения развития у них заболевания.

2. Превентивное лечение назначается лицам в возрасте от 2 до 60 лет, проживавшим в одной семье с первично выявленным больным, а также при рецидиве заболевания, сопровождающимся обнаружением возбудителя лепры в соскобах со слизистой носа или скарификатах кожи с мест поражений.

3. В медицинской карте амбулаторного больного (учетная форма 025-у) отражается эпидемиологический анамнез и данные клинико-лабораторных исследований. В дальнейшем лабораторные исследования крови и мочи повторяются ежемесячно.

4. Для превентивного лечения применяются препараты сульфонового ряда. Предпочтение следует отдавать инъекциям солюсульфона. 50% водный раствор солюсульфона вводится внутримышечно 2 раза в неделю: первая инъекция - 1 мл, вторая - 2 мл, третья - 3 мл, четвертая и все последующие - по 3,5 мл. Курс лечения состоит из 50 инъекций и продолжается 6 месяцев.

ДДС (авлосульфон) назначается внутрь ежедневно. В первые две недели препарат принимают по 50 мг 2 раза в день, а в последующие и до конца курса - 100 мг 2 раза в день. Продолжительность курса лечения составляет 6 месяцев. Доза препарата зависит от возраста больного. Суточная доза для детей в возрасте от 2 до 4 лет - 1/6 дозы взрослого, от 4 до 6 лет - 1/4, от 6 до 8 лет - 1/3, от 8 до 12 лет - 1/2, от 12 до 16 лет - 3/4.

При развитии побочных явлений и плохой переносимости допустимо снижение применяемых доз

препарата на 1/3.

5. Превентивное лечение ограничивается одним курсом. В отдельных случаях (позднее диагностирование лепры у больного - источника возможного инфицирования, обширные поражения кожного покрова и верхних дыхательных путей) после месячного перерыва проводится повторный курс лечения. При превентивном лечении в связи с возникновением рецидива заболевания у больного лепрой назначается только один курс.

6. Противопоказаниями к назначению сульфоновых препаратов при профилактическом лечении являются нарушения функции печени и почек, заболевания органов кроветворения, сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, острые заболевания желудочно-кишечного тракта. Нормально протекающая беременность не является противопоказанием для превентивного лечения.

7. Превентивное лечение назначается врачом противолепрозного учреждения и осуществляется по месту жительства под контролем медицинского работника. Следует обеспечивать регулярность лечения.

8. При превентивном лечении иногда наблюдаются побочные явления: диспепсия, головные боли, головокружение, токсикодермия, гипохромная анемия. В случаях плохой переносимости пациентами сульфоновых препаратов необходимо о результатах сообщать в противолепрозное учреждение.

Заместитель Начальника Управления  
специализированной медицинской  
помощи Минздрава СССР  
Г.Г.ВОЛОКИН

Приложение N 3  
к приказу Минздрава СССР  
от 14 декабря 1990 г. N 483

**ДОПОЛНЕНИЕ**  
к "Перечню форм первичной документации  
учреждений здравоохранения", утвержденному  
приказом Министерства здравоохранения СССР  
от 04.10.1980 г. N 1030

КонсультантПлюс: примечание.

Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 признан утратившим силу [Приказом Минздрава СССР от 05.10.1988 N 750](#).

1. Включить в [Перечень](#) форм первичной медицинской документации:

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	Формат	Вид документа	Срок хранения
1.	Извещение на больного с впервые установленным диагнозом лепры, на больного с рецидивом лепры	156-1/у-90	A4	бланк	постоянно
2.	Контрольная карта на члена семьи больного лепрой или на лицо, имевшее тесный контакт с ним	156-2/у-90	A5	бланк	постоянно
3.	Обменная карта на больного лепрой, выписанного из противолепрозного учреждения	156-3/у-90	A5	бланк	постоянно

Начальник отдела медицинской  
статистики Главного управления  
организации медицинской помощи  
Г.Ф.ЦЕРКОВНЫЙ

Приложение N 4  
к приказу Минздрава СССР  
от 14 декабря 1990 г. N 483

Министерство  
здравоохранения СССР

Код формы по ОКУД !5!1!0!1!8!6!2!  
Код учреждений по !\_! !\_! !\_! !\_! !\_!  
ОКПО  
Медицинская документация  
Форма N 156-1/У-90  
Утверждена приказом Министерства  
здравоохранения СССР N 483 от 14.12.1990  
г.

Извещение  
на больного с впервые установленным диагнозом лепры,  
на больного с рецидивом лепры

История болезни N \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Год рождения \_\_\_\_\_ 3. Пол \_\_\_\_\_ 4. Национальность \_\_\_\_\_
5. Место жительства \_\_\_\_\_
6. Место работы, образование, должность \_\_\_\_\_
7. Семейное положение \_\_\_\_\_
- п. п. 8 - 17 заполняются на больного с впервые установленным диагнозом лепры
8. Место рождения больного \_\_\_\_\_
9. Пункты постоянного проживания \_\_\_\_\_

(длительность проживания в этих пунктах)

область \_\_\_\_\_ Район (город) \_\_\_\_\_ с 19\_\_\_\_ по 19\_\_\_\_  
область \_\_\_\_\_ Район (город) \_\_\_\_\_ с 19\_\_\_\_ по 19\_\_\_\_  
область \_\_\_\_\_ Район (город) \_\_\_\_\_ с 19\_\_\_\_ по 19\_\_\_\_  
область \_\_\_\_\_ Район (город) \_\_\_\_\_ с 19\_\_\_\_ по 19\_\_\_\_

10. Предрасполагающие факторы (подчеркнуть): переохлаждение,  
интоксикация, беременность, роды. Прочие причины \_\_\_\_\_

11. Время появления признаков заболевания лепрой (по  
anamnestическим данным) \_\_\_\_\_

12. Локализация и характер первых проявлений и состояние больного  
на момент установления диагноза \_\_\_\_\_

13. Диагноз (тип, форма) лепры \_\_\_\_\_

13.1. Ориентировочная продолжительность инкубационного периода \_\_\_\_\_

14. Результаты исследований: \_\_\_\_\_

14.1. а) Соскоб со слизистой носа \_\_\_\_\_

14.2. б) Скарификаты кожи \_\_\_\_\_

14.3. Биоптат кожи \_\_\_\_\_

15. Сведения об источнике инфекции (фамилия, имя, отчество,  
диагноз отношение к больному, характер и длительность контакта,  
где находится если умер - указать дату смерти) \_\_\_\_\_

16. Местонахождение больного (дата госпитализации) \_\_\_\_\_

17. Список членов семьи и лиц, имевших тесный контакт с больным:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Отношение к больному	Длительность контакта с больным	Дата и результаты осмотра

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

пп. 18 - 25 заполняются на больного с рецидивом лепры

18. Время возникновения рецидива (год, месяц) \_\_\_\_\_

19. Год заболевания \_\_\_\_\_ 20. Были ли ранее рецидивы (указать год) \_\_\_\_\_  
лечения или перевода на диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_ 21. Дата начала амбулаторного наблюдения \_\_\_\_\_  
(год, месяц)
22. Клинические проявления рецидива \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
23. Результаты исследований:  
23.1. Соскоб со слизистой носа \_\_\_\_\_  
23.2. Скарификаты кожи \_\_\_\_\_  
23.3. Биоптат кожи \_\_\_\_\_
24. Предполагаемые причины, способствующие возникновению рецидива (подчеркнуть): прием заниженных доз препаратов, плохая их переносимость, нарушение режима лечения, переохлаждение, злоупотребление алкоголем, беременность и роды, эмоциональные и физические перегрузки, неблагоприятные материально - бытовые условия.  
Другие причины: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
25. Дата госпитализации \_\_\_\_\_  
  
Дата заполнения извещения \_\_\_\_\_  
Подпись врача \_\_\_\_\_

Приложение N 5  
к приказу Минздрава СССР  
от 14 декабря 1990 г. N 483

Министерство  
здравоохранения СССР

Код формы по ОКУД !5!1!0!1!8!6!3!  
Код учреждений по !\_! !\_! !\_! !\_! !\_! !\_!  
ОКПО  
Медицинская документация  
Форма N 156-2/У-90  
Утверждена приказом Министерства  
здравоохранения СССР N 483 от 14.12.1990  
г.

Контрольная карта  
на члена семьи больного лепрой или на лицо,  
имевшее тесный контакт с ним  
(составляется противолепрозным учреждением)

1. Фамилия, имя, отчество (для женщин указать и девичью фамилию) \_\_\_\_\_
2. Год и место рождения \_\_\_\_\_
3. Пол \_\_\_\_\_ 4. Место работы (учебы), должность \_\_\_\_\_
5. Подробный адрес \_\_\_\_\_  
Изменение места жительства \_\_\_\_\_
6. Сведения о больном лепрой:  
а) фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
б) диагноз (тип, форма лепры) \_\_\_\_\_

- в) вновь выявлен, рецидив заболевания (подчеркнуть) \_\_\_\_\_  
г) дата первичной регистрации \_\_\_\_\_  
д) место жительства \_\_\_\_\_  
7. Отношение к больному \_\_\_\_\_  
8. Характер внесемейного контакта \_\_\_\_\_  
9. Продолжительность контакта \_\_\_\_\_  
10. Примечание (сведения о превентивном лечении, общем состоянии здоровья, уклонении от обследования и др.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_  
11. Результаты наблюдения

Дата осмотра	Результаты осмотра	Мероприятия	Подпись врача

Приложение N 6  
к приказу Минздрава СССР  
от 14 декабря 1990 г. N 483

Министерство  
здравоохранения СССР

Код формы по ОКУД !5!1!0!1!8!6!4!  
Код учреждений по !\_! !\_! !\_! !\_! !\_!  
ОКПО

Медицинская документация

Форма N 156-3/У-90  
Утверждена приказом Министерства  
здравоохранения СССР N 483 от 14.12.1990  
г.

Обменная карта N  
на больного лепрой, выписанного из противолепрозного учреждения

Главному врачу \_\_\_\_\_  
наименование лечебного учреждения

Комиссией врачей \_\_\_\_\_  
наименование противолепрозного учреждения  
переведен на амбулаторное лечение больной лепрой \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество  
Год рождения \_\_\_\_\_ Домашний адрес \_\_\_\_\_

Находился на стационарном лечении с \_\_\_\_\_  
дата

Выписан на амбулаторное лечение \_\_\_\_\_  
дата

Основной диагноз \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Выписка из истории болезни выслана \_\_\_\_\_  
дата

Дата явки больного в противолепрозное учреждение на контрольное  
освидетельствование \_\_\_\_\_

Дата отправки карты \_\_\_\_\_  
Подпись врача \_\_\_\_\_

линия отреза

-----  
Подлежит возврату в противолепрозное  
учреждение после взятия больного на учет

Отрывной талон к обменной карте N

Главному врачу \_\_\_\_\_  
наименование противолепрозного учреждения

Больной лепрой \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество, год рождения

принят на амбулаторное лечение \_\_\_\_\_  
наименование лечебного учреждения

Выписка из истории болезни получена \_\_\_\_\_  
дата

Дата отправки талона \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_