МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Российская Федерация, 454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165
Телефон (8 - 351) 263 - 52 - 62, факс 263-31-02

от «31» 08 2015 г. № 03/6356

на № _____ от " _____"_____ 200 ___ г

Директору
ГБУЗ «ЧОМИАЦ»
М.В. Бавыкину
IT@miac74.ru

Уважаемый Марат Владимирович!

Министерство здравоохранения Челябинской области просит Вас разместить информацию в системе «БАРС» согласно приложению №1, для сбора информации в ежемесячном режиме и предоставления отчетности в Управление организации медицинской помощи детям и матерям ежеквартально.

Приложение: 1 лист в 1 экз.

Заместитель Министра В.В. Сахарова

Богданова О.В.
263-57-85

Приложение №1

Информация

О количестве детей, прошедших анкетирование и выявленном риске возникновения расстройств аутистического спектра

за _____ месяц 2015г.*

Наименование медицинской организации оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению_____

	месяц	с 01.01.2015года
Число детей в возврате 16-24 месяца (в целом по муниципальному образованию)		
Число проанкетированных детей в возрасте 16-24 месяца		
Из них: число детей в возврате 16-24 месяца, выявленных из группы риска возникновения РАС		
Число детей направленных на консультацию к врачу-психиатру		
Число детей отказавшихся от консультации врача-психиатра		
Число проанкетированных детей из групп риска возникновения РАС, проконсультированных врачом-психиатром		
Из них: общее число детей, которым установлен диагноз РАС		
Из них: число детей, которым установлен диагноз F 84.1		
Из них: число детей, которым установлен диагноз F 84.2		
Из них: число детей, которым установлен диагноз F 84.3		
Из них: число детей, которым установлен диагноз F 84.4		
Из них: число детей, которым установлен диагноз F 84.5		
Из них: число детей, которым установлен диагноз F 84.8		

* указывается нарастающим итогам на конец отчетного периода

Ф.И.О. специалиста, ответственного за сбор информации по детям с РАС_____

Контактный телефон_____