

Приложение 2  
к Порядку оказания  
медицинской помощи лицам,  
содержащимся под стражей  
в следственных изоляторах  
уголовно-исполнительной системы  
(пункт 11)

Рекомендуемый образец

**АКТ**  
**об отсутствии возможности приема в следственный изолятор**  
**по медицинским показаниям**

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(Наименование СИЗО)

Мною, \_\_\_\_\_  
(должность медицинского работника, Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ минут в помещении \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (место проведения осмотра)

Был осмотрен \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О., дата рождения осмотренного лица)

на предмет возможности приема в СИЗО.

При проведении осмотра установлено:

Жалобы на состояние здоровья: \_\_\_\_\_

Данные объективного осмотра: \_\_\_\_\_

Предварительный диагноз: \_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

Рекомендации о необходимости направления больного в медицинское учреждение государственной и муниципальной систем здравоохранения с указанием профиля учреждения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность медицинского  
работника, проводившего  
осмотр)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

## Продолжение приложения 2

Настоящий акт составлен в трех экземплярах:

Экземпляр № 1:	_____	_____
	(подпись)	(должность, Ф.И.О. начальника конвоя)
Экземпляр № 2:	_____	_____
	(подпись)	(должность, Ф.И.О. сотрудника дежурной службы)
Экземпляр № 3:	_____	_____
	(подпись)	(должность, Ф.И.О. медицинского работника)