

**ПОРЯДОК**  
**ВЫДАЧИ СПРАВКИ**  
**об отсутствии у работников,**  
которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны  
иметь доступ к НС, ПВ,  
внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня НС, ПВ и их  
прекурсоров,  
подлежащих контролю в РФ, прекурсорам или культивируемым  
наркосодержащим растениям,  
**заболеваний**  
**наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом**

Приказ Минздрава России от 04.05.2022 N 303н

"Об утверждении Порядка выдачи справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, формы такой справки и о признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2016 г. N 988н" (Зарегистрировано в Минюсте России 27.05.2022 N 68620)

Начало действия документа - 01.09.2022.

Срок действия документа ограничен 1 сентября 2028 года.

- **Выдача справки** об отсутствии у работников, заболеваний:
- наркоманией,
- токсикоманией,
- хроническим алкоголизмом

**производится мед. организациями** государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения, **имеющими лицензию** на осуществление мед. деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по "психиатрии-наркологии" и "лабораторной диагностике" либо "клинической лабораторной диагностике".

- **Выдача справки производится** при личном обращении работника в мед. организацию
- Необходимо предъявление документа, удостоверяющего личность.
- проведения мед. обследования, включает в себя:
  - осмотр врачом-психиатром-наркологом,
  - определение наличия психоактивных веществ в моче,
  - лабораторные исследования крови и (или) мочи на определение хронического употребления алкоголя,

**Обследование проводится в целях** диагностики психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением алкоголя (при выявлении врачом-психиатром-наркологом признаков заболевания (состояния), анализ сведений, содержащихся в мед. документации (при наличии)).

Справка выдается работнику по форме, предусмотренной приложением N 2 [к приказу МЗ РФ от 4 мая 2022 г. N 303н](#) (см. следующий слайд)

## Справка:

- подписывается врачом-психиатром-наркологом, принимавшим непосредственное участие в мед. обследовании,
- заверяется личной печатью указанного врача-специалиста,
- заверяется печатью мед. организации (при наличии), на оттиске которой идентифицируется полное наименование мед. организации в соответствии с учредительными документами.

❖ Сведения о выдаче справки вносятся в мед. документацию работника.

Наименование медицинской организации  
Адрес

Код формы по [ОКУД](#) \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Лицензия

Медицинская документация  
Форма N \_\_\_\_\_  
Утверждена приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 4 мая 2022 г. N 303н

Справка

об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в [список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом](#)

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_
2. Число, месяц и год рождения \_\_\_\_\_
3. Место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_  
Субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_
4. Заключение: выявлено отсутствие заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом.
5. Фамилия имя, отчество (при наличии), подпись врача-психиатра-нарколога, принимавшего непосредственное участие в медицинском обследовании  
\_\_\_\_\_

Дата проведения медицинского обследования "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.

Личная печать врача-психиатра-нарколога  
М.П.

Печать медицинской организации