

Начальнику ИВС № _ ГУ МВД по
_____ области/городу

Адрес:

Главное управление МВД России по
_____ области/городу

Адрес:

Прокуратура _____
района/города _____
области /города

Адрес:

от **ФИО**, дата рождения, адрес, тел.

в интересах задержанного/подозреваемого

ФИО, _____ г.р.

ЖАЛОБА

о необходимости предоставления наркологической помощи в связи с
абстинентным синдромом

_____.____ 202_ года в отношении _____ ФИО
_____ г.р. было осуществлено задержание по подозрению в совершении
преступления, предусмотренного ч. ____ ст. _____ УК РФ.

_____ ФИО страдает синдромом зависимости
от наркотиков в течении ____ лет, состоит/*не состоит* на учете у нарколога по
месту жительства, проходил/*не проходил* лечение от наркомании в _____.

Ему требуется оказание наркологической помощи в связи с абстинентным
синдромом (состоянием ломки), которое вызвано/*будет вызвано* прекращением
употребления наркотических средств.

В связи с этим прошу принять во внимание указанные обстоятельства и не
подвергать _____ ФИО заключению без предоставления
ему помощи в стационарных условиях.

Согласно стандартам (моделями протоколов) диагностики и лечения
наркологических заболеваний, увт. Приказом Минздрава РФ от 28.04.1998 г. №

140, а также стандарту специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ, утв. Приказом Минздрава России от 04.09.2012 г. № 135н, при наличии абстинентного синдрома требуется оказание помощи в условиях специализированного стационара сроком до 10 суток.

В соответствии со статьей 26 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» лица, задержанные, заключенные под стражу имеют право на равное оказание необходимой им медицинской помощи в соответствии со стандартами лечения. В условиях заключения _____ ФИО не сможет получить необходимую медицинскую помощь.

На основании изложенного, руководствуясь статьями 7, 24, 27 и 28 Федерального закона «О прокуратуре Российской Федерации», статьями 2, 5 Федерального закона «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»,

ПРОШУ:

провести проверку по моей жалобе и принять меры по предупреждению нарушений прав и свобод человека и гражданина, принять решение о направлении _____ (ФИО) в наркологическую стационар на срок не менее 10 суток, до полного купирования абстинентных расстройств.

Приложения:

документы, подтверждающие синдром зависимости (при наличии).

Дата, подпись _____.