МУ «УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

АДМИНИСТРАЦИИ КРАСНОЯРУЖСКОГО РАЙОНА»

## ПРИКАЗ

 «07» ноября 2018 г. № 596

**Об организации участия обучающихся**

**в профилактических медицинских осмотрах**

**в целях раннего выявления незаконного потребления**

**наркотических средств и психотропных веществ**



В целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ

**приказываю:**

1. Руководителям общеобразовательных учреждений:

1.1. провести разъяснительную работу с обучающимися и их родителями (беседы и родительские собрания) о целях и порядке проведения профилактического медицинского осмотра совместно со специалистами ОГБУЗ «Краснояружская ЦРБ».

1.2. Назначить ответственного за организацию участия обучающихся в профилактических медицинских осмотрах.

1.3. сформировать поименные списки обучающихся 7-11 классов, участвующих в профилактическом осмотре, и направить данные списки в управление образования (для Л.В. Хализовой), в ОГБУЗ «Краснояружская ЦРБ» (для Н.А. Горетой) **в срок до 20 ноября 2018 г.**

2. Начальнику отдела воспитания и дополнительного образования Л.В. Хализовой обеспечить координацию деятельности общеобразовательных учреждений района по организации участия обучающихся в профилактических медицинских осмотрах.

3. При организации участия обучающихся в профилактическом медицинском осмотре руководствоваться Порядком проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях, расположенных на территории Белгородской области, в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ (Приложение 1).

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника МУ «Управление образования администрации Краснояружского района» Хаустову С.А.



**Начальник МУ «Управление образования**

**администрации Краснояружского района» Е.Головенко**

****

*Приложение 1*

Порядок

проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся

 в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях,

а также образовательных организациях высшего образования
расположенных на территории Белгородской области,

в целях раннего выявления
незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ

1. Настоящий Порядок устанавливает правила проведения ежегодных профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных, организациях, а также образовательных организациях высшего образования, расположенных на территории Белгородской области (далее соответственно - обучающиеся, образовательные организации), в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ (далее - профилактические медицинские осмотры).
2. Профилактические медицинские осмотры проводятся в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.
3. Профилактические медицинские осмотры проводятся в отношении обучающихся, достигших возраста тринадцати лет.
4. Профилактические медицинские осмотры проводятся при наличии информированного добровольного согласия в письменной форме обучающегося, достигшего возраста пятнадцати лет, либо информированного добровольного согласия в письменной форме одного из родителей или иного законного представителя обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет, данного с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Форма информированного добровольного согласия утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 г. № 1177н (приложение № 2).
5. Обучающиеся, достигшие возраста пятнадцати лет, либо один из родителей или иной законный представитель обучающихся, не достигших возраста пятнадцати лет, вправе отказаться от проведения профилактического медицинскогоосмотра в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
6. Профилактические медицинские осмотры проводятся медицинскимиорганизациями области, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по«психиатрии-наркологии» и «лабораторной диагностике».
7. Профилактические медицинские осмотры проводятся врачом-психиатром-наркологом медицинской организации области, на территории обслуживания которой находятся образовательные учреждения на основании поименных списков обучающихся, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру (далее - поименные списки, приложение 1 к настоящему Порядку).
8. Образовательная организация совместно со специалистами медицинской организации области, осуществляющей профилактический медицинский осмотр, проводит собрание обучающихся и родителей (или иных законных представителей), на котором информирует их о целях и порядке проведения профилактического медицинского осмотра.
9. Поименные списки составляютсяи утверждаются руководителем (уполномоченным должностным лицом) образовательной организации, участвующей в проведении профилактических медицинских осмотров, и направляются в медицинскую организацию проводящую осмотры.
10. Врач-психиатр-нарколог медицинской организации области на основаниипоименных списков, полученных от руководителя (уполномоченного должностного лица) образовательной организации, составляет календарный план проведенияпрофилактических медицинских осмотров с указанием дат и мест их проведения (далее - календарный план).
11. Календарный план согласовывается медицинской организацией области с руководителем (уполномоченным должностным лицом) образовательной организации, утверждается руководителем (уполномоченным должностным лицом) медицинской организации области и доводится до сведения медицинских работников, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров.
12. В случае невозможности прохождения обучающимся профилактического медицинского осмотра в сроки, установленные календарным планом, сроки его профилактического медицинского осмотра согласовываются руководителем (уполномоченным должностным лицом) образовательной организации и главным врачом медицинской организации области.
13. Профилактический медицинский осмотр проводится в медицинской организации в четыре этапа:
14. этап - профилактическая информационно-разъяснительная беседа с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинский осмотр,проводимый врачом-психиатром-наркологом и включающий исследование кожных покровов, поверхностных лимфатическихузлов, видимых слизистых оболочек, перкуссию и пальпацию участков тела (органов), внешний осмотр и ощупывание костей, суставов и поверхностно расположенных кровеносных сосудов, аускультацию органов дыхания, сердца и магистральных сосудов, измерение артериального давления, частоты дыхания и пульса, исследование вестибулярных функций;
15. этап - предварительные химико-токсикологические исследования (далее - предварительные ХТИ), направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ;
16. этап - подтверждающие химико-токсикологические исследования (далее - подтверждающие ХТИ), направленные на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов);
17. этап - разъяснение обучающемуся, достигшему возраста пятнадцати лет, либо одному из родителей или иному законному представителю обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет, результатов проведенного профилактического медицинского осмотра.
18. Сведения о результатах профилактического медицинского осмотра вносятся врачом-психиатром-наркологом в медицинскую документацию обучающегося (уч.форма № 26/у-2000 - в отношении несовершеннолетних обучающихся в общеобразовательных учреждениях, уч.форма № 086/у - в отношении обучающихся в высших и средних специальных учебных заведениях).
19. Биологическим объектом для предварительных и подтверждающих ХТИ на наличие наркотических средств и психотропных веществ является моча.
20. Отбор, транспортировка и хранение биологических объектов (мочи) для проведения предварительных и подтверждающих ХТИ осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 января 2006 г. № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ».
21. Предварительные ХТИ проводятся не менее чем на два вида наркотических средств (опиаты, марихуана), с использованием методов иммуноферментного или иммунохимического анализа, исключающих визуальную оценку результатов.
22. Результаты предварительных ХТИ заносятся в журнал регистрации отбора биологических объектов.

21. При получении отрицательных результатов предварительных ХТИ профилактический медицинский осмотр считается завершенным.

1. В случае выявления в организме обучающегося в ходе предварительных ХТИ наркотических средств и/или психотропных веществ, исследованный при предварительных ХТИ биологический объект (моча) направляется в химико-токсикологическую лабораторию для проведения подтверждающего ХТИ.
2. Подтверждающие ХТИ проводятся в химико - токсикологической лаборатории медицинской организации методом хроматомасс-спектрометрии в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 января 2006 г. № 40.
3. Срок для получения врачом - психиатром - наркологом, осуществляющим профилактический медицинский осмотр, результатов подтверждающих ХТИ не должен превышать 30 календарных дней.
4. По результатам подтверждающих ХТИ оформляется справка о результатах химико - токсикологического исследования, заполненная в соответствии с инструкцией по заполнению учетной формы № 454/у-06 «Справка о результатах химико-токсикологических исследований», утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 января 2006 г. №40.
5. При получении отрицательных результатов подтверждающих ХТИ профилактический медицинский осмотр обучающегося считается завершенным.
6. При получении положительных результатов подтверждающих ХТИ врач- психиатр - нарколог разъясняет обучающемуся, достигшему возраста пятнадцати лет, либо одному из родителей или иному законному представителю обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет, результаты проведенного профилактического медицинского осмотра и направляет обучающегося в медицинскую организацию области, оказывающую наркологическую помощь (при наличии информированного согласия в письменной форме обучающегося, достигшего возраста пятнадцати лет, либо информированного согласия в письменной форме одного из родителей или иного законного представителя обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет), в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации по согласованию с Министерством образования и науки Российской Федерации.

**Приложение N 2 к настоящему порядку**

**Форма**

 **Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,**

 **включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на**

 **которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе**

 **врача и медицинской организации для получения первичной**

 **медико-санитарной помощи**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

 "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

 зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес места жительства гражданина

 либо законного представителя)

 даю информированное добровольное согласие на виды медицинских

 вмешательств, включенные в [Перечень](http://ivo.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000) определенных видов медицинских

 вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное

 согласие при выборе врача и медицинской организации для получения

 первичной медико-санитарной помощи, утвержденный [приказом](http://ivo.garant.ru/#/document/70172996/entry/0) Министерства

 здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля

 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской

 Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения

 первичной медико-санитарной помощи / получения первичной

 медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я

 являюсь (ненужное зачеркнуть) в

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (полное наименование медицинской организации)

 Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

 в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания

 медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты

 медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность

 развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания

 медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от

 одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в

 [Перечень](http://ivo.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев,

 предусмотренных [частью 9 статьи 20](http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/entry/2009) Федерального закона от 21 ноября

 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской

 Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48,

 ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

     Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5

 [части 5 статьи 19](http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/entry/1955) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об

 основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть

 передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица,

 законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления)

**Приложение N 3 к настоящему порядку
Форма**

 **Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень**

 **определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают**

 **информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской**

 **организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

 "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

 зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес места жительства гражданина

 либо законного представителя)

 при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование медицинской организации)

 отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в

 [Перечень](http://ivo.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000) определенных видов медицинских вмешательств, на которые

 граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и

 медицинской организации для получения первичной медико-санитарной

 помощи, утвержденный [приказом](http://ivo.garant.ru/#/document/70172996/entry/0) Министерства здравоохранения и социального

 развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н

 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая

 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование вида медицинского вмешательства)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

 в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа

 от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность

 развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при

 возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов

 медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ,

 я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид

 (такие виды) медицинского вмешательства.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления)

**Приложение 1 к настоящему Порядку**

**Списков обучающихся, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру**

|  |
| --- |
| **Наименование образовательной организации:** |
| **№** | **Ф.И.О.** | **Дата рождения** | **Адрес регистрации, адрес проживания** | **группа, класс образовательной организации** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3**• • • |  |  |  |  |

**Руководитель образовательного учреждения (Ф.И.О.)**

Дата подпись