+7 (34397) 3-44-85
http://mcdo.edurevda.ru

УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДСКОГО ОКРУГА РЕВДА

МАУ ДО «ЦЕНТР ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
МУНИЦИПАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ОДАРЕННОСТИ

от 11.01.2022 № 347

на № _____ от _____

Руководителям общеобразовательных учреждений

Об организации проведения профилактических медицинских осмотров

Уважаемые руководители!

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области и Министерства образования и молодежной политики Свердловской области от 15.12.2021 г. № 2876-п/1196-Д «О проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования по результатам социально-психологического тестирования на территории Свердловской области в 2021-2022 учебном году» необходимо:

- в срок до 17 января 2022 года на адрес электронной почты mcdo20@mail.ru (М.И. Валдас) предоставить информацию о количестве обучающихся, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам по прилагаемой форме (в число подлежащих профилактическим медицинским осмотрам входят обучающиеся с явным и латентным уровнем рискогенности и их одноклассники);
- получить информированные добровольные согласия на проведение профилактических медицинских осмотров по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающихся (прилагается);
- подготовить поименные списки обучающихся, прошедших социально-психологическое тестирование и подлежащих профилактическим медицинским осмотрам. В срок до 28 января 2022 года передать поименные списки в ГАУЗ СО «Ревдинская городская больница» детская поликлиника, кабинет № 111, 113 (Г.В. Галимшина).

Руководитель
Муниципального центра
детской одаренности И.И. Кочкина

М.И. Валдас
89506429387, 8(34397)3-44-87

Приложение 1
к письму от 11.01.2022 № 347

Форма передачи данных по результатам социально-психологического тестирования обучающихся, направленного на профилактику незаконного потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ

Сведения об образовательном учреждении, адрес	Количество обучающихся, подлежащих тестированию (всего)	Количество участников тестирования		Сведения о «группе риска» (повышенная вероятность вовлечения)	Подлежащих профилактически медицинским осмотрам
		классы	человек	человек	человек
		7А			
		7Б			
		8А			
		…			
Итого по школе					

Руководитель ОУ _____

МП

Приложение 2
к письму от 11.01.2022 № 347

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающимися

Я, _____,
(Ф.И.О. обучающегося старше 15 лет или Ф.И.О. родителя (законного представителя) обучающегося, не достигшего возраста 15 лет)

проживающий по адресу: _____
(фактический адрес проживания обучающегося)

В соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, в том числе лабораторное (химико-токсикологическое) исследование мочи.

_____
(Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения)

Подтверждаю, что надлежащим образом проинформирован (а) о методике проведения профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Мне лично были подробно разъяснены цели, характер, методы и объем планируемого профилактического осмотра, а также способы его проведения.

Я имел (а) лично возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы. Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан полностью, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны и полностью удовлетворяют.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

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

«_____» _____ _____г.
(дата оформления)