

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «ГБ г. Асбест»		СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	Номер: Лист 1 Всего 24
НАЗВАНИЕ: Проведение профилактических осмотров несовершеннолетних в образовательных организациях		ОТДЕЛЕНИЯ: оказания медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях	
ДЕЙСТВУЕТ С: 11.07.2022	ЗАМЕНЯЕТ: Вводится впервые	ПРИЧИНЫ ПЕРЕСМОТРА:	ДАТА СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕСМОТРА:
СОСТАВИЛ: «__» _____ 20 г.		УТВЕРДИЛ: Главный врач ГАУЗ СО «ГБ г. Асбест» «__» _____ 20__ г. Асбест Брагин И.В./	

Цель: внедрение алгоритмов организации профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних обучающихся и воспитанников образовательных организациях, заполнение учетно-отчетной документации; направление на консультацию в медицинскую организацию посредством МИС МО, и организация внесения сведений о профилактическом осмотре в ЭМК МИС МО.
Область применения

Где: дошкольные учреждения

Когда: 1 раз в год

Ответственность: специалисты, имеющие диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «сестринское дело», «сестринское дело в педиатрии», врач (фельдшер) дошкольного отделения, заведующий дошкольным отделением.

Основная часть СОП

Нормативные ссылки:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
4. Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
5. Приказ Минздрава России от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»;
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»;
7. Приказ Минздрава российской Федерации от 16 мая 2019 г. N 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»;
8. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от информированного медицинского вмешательства в образовательных учреждениях»
10. Приказ Министерства России от 03.07.2000 № 241 «Об утверждении медицинской карты ребенка для образовательных учреждений».
11. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2020 № 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи»;

№	Действие	Дополнительные действия	Точки контроля (К)
1 этап – подготовка к проведению профилактического осмотра			
1	Составление списков детей, подлежащих медицинскому осмотру (в начале календарного года)		К- список детей подлежащих ПО
2	Составление совместно с заведующим ОМПО плана проведения профилактического медицинского осмотра в медицинской организации		К – план график прохождения ПО детей по возрастам
3	Получение информированного добровольного согласия родителей (иных законных представителей) на проведение профилактического медицинского осмотра, перед проведением профилактического осмотра (Приложение 2 – 9) Получение согласия на обработку персональных данных (Приложение 1)	Санпросвет работа с родителями, отказавшимися от прохождения проф.осмотра	К – наличие согласия отказа от профилактического осмотра по возрастам Приложение 1 Приложение со 2 по 9
4	Подготовка медицинской документации детей для профилактического осмотра (ф.030-ПО/у-17, ф. 026у – 2000, лист профилактического осмотра).		К – наличие ф.030-ПО у-17 Приложение 10
2 этап – проведение профилактического осмотра несовершеннолетних			
5	Проведение доврачебного этапа в соответствии со стандартом профилактических медицинских осмотров: -антропометрия, измерение АД, ЧД, ЧСС и др.	Возможно с применением	К – запись данных в ф.026у-2000, внесение данных в ЭМК МИС МО Ф026/у-2000

	-оформление медицинской документации (направления на лабораторные исследования, ЭКГ, УЗИ).	переносного комплекса АКДО, АРМИС	Приложение 11
6	Врачебный этап в соответствии со стандартом профилактических медицинских осмотров. Подготовка рабочих мест специалистов для осмотра детей (если осмотр проводится в образовательной организации).	- по графику в детской поликлинике - возможно выездной бригадой специалистов на базе ОО, лабораторные и инструментальные обследования в поликлинике.	К- график осмотра размещается на информационном стенде в группах.
3 этап – заполнение медицинской документации и учетно-отчетных документов.			
7	Заполнение медицинской документации по результатам профилактических осмотров и дополнительных обследований. Заполнение медицинских карт (ф.030-ПО/у-17, 026/у-2000, лист проф. осмотра)		К – внесение данных ПО в ЭМК МИС МО
8	Предоставление родителям (законным представителям) несовершеннолетнего результатов профилактических осмотров. Передача документов в поликлинику по месту жительства.		К – лист проф,осмотра, данные лабораторного и инструментального обследования. Лист профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего форма 11
9	Заполнение по результатам профилактического медицинского осмотра: - направлений на дообследование (Приложение 12) - листа здоровья (1 раз в год), (Приложение 13) - диспансерного журнала (Приложение 14)		К-заполняется на каждую группу, с указанием группы по физкультуре. Приложение 12 Приложение 13 Приложение 14
10	Оценка функциональной готовности к школе (дети подготовительной группы детского сада)		К – запись о готовности к обучению в ф. 026/у-2000
11	Подготовка предложений в план профилактических мероприятий образовательной организации по результатам профилактических медицинских осмотров	См. СОП «Гигиеническое воспитание и обучение»	К – внесение соответствующих мероприятий в план ОО
12	Подготовка отчетов для передачи в ОМПО. - Отчет о профилактических осмотрах (1 раз в месяц) (Приложение 15) - Отчет о патологической пораженности 1 раз в год. (Приложение 16) - Отчет о структуре выявленной патологии 1 раз в год (Приложение 17 или 18)		К – наличие отчетных форм. Приложение 15 Приложение 16 Приложение 17 и/ или Приложение 18

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ ПАЦИЕНТЕ

Я, _____

документ, удостоверяющий личность: _____

являясь законным представителем ребенка

отношение к ребенку _____
даю согласие на передачу персонализированных сведений о несовершеннолетнем пациенте:

(ФИО, дата рождения)

Я предупрежден (а) о том, что администрацией больницы данные персонализированные сведения могут быть переданы в страховые организации, иные медицинские учреждения, государственные, муниципальные, правоохранительные, административные, надзорные, финансовые, контрольные органы в устной, документальной, электронной форме в соответствии с № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. « о персональных данных»

Настоящее информированное согласие является бессрочным.

Данное информированное согласие написано добровольно, собственноручно.

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись законного представителя

_____ (_____)

ФИО, подпись медицинского работника

_____ (_____)

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка _____
(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в _____
(наименование образовательной или медицинской организации)

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего
(только с письменного согласия родителей, законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

Перечень исследований
возраст 15, 16, 17 лет

№ п/п	Вид исследования
1.	педиатр
2.	невролог
3.	детский хирург
4.	травматолог-ортопед
5.	офтальмолог
6.	детский стоматолог
7.	оториноларинголог
8.	психиатр детский
9.	акушер-гинеколог (девочки)
10.	детский уролог-андролог (мальчики)
11.	лабораторное и / или инструментальное обследование

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____ являясь законным представителем
несовершеннолетнего _____

_____, в соответствии с требованиями
ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

- получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
- ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, _____ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного
комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата _____ 20 ____ г.

Подпись
законного представителя ребенка
_____ (_____)

Подпись медработника

_____ (_____)

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка _____
(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в _____

(наименование образовательной или медицинской организации)

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего
(только с письменного согласия родителей, законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

Перечень исследований
возраст 14 лет

№ п/п	Вид исследования
1.	педиатр
2.	детский стоматолог
3.	психиатр детский
4.	акушер-гинеколог (девочки)
5.	детский уролог-андролог (мальчики)

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____ являясь законным представителем
несовершеннолетнего _____

_____ , в соответствии с требованиями
ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

- получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
- ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, _____ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата _____ 20 ____ г.

Подпись
законного представителя ребенка
_____ (_____)

Подпись медработника
_____ (_____)

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка _____
(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в

_____ (наименование образовательной или медицинской организации)

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия подростка, родителей или законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается)

Перечень исследований возрасту 13 лет

№ п/п	Вид исследования
1.	педиатр
2.	детский стоматолог
3.	офтальмолог

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____ являясь законным представителем несовершеннолетнего

_____, в соответствии с требованиями ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

- получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
- ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, _____ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата _____ 20 ____ г.

Подпись
законного представителя ребенка

_____ (_____)

Подпись медработника

_____ (_____)

Уважаемые родители (законные представители) \

Ребенка _____
(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в

_____ (наименование образовательной или медицинской организации)

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего
(только с письменного согласия родителей, законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

Перечень исследований
возраст 10 лет

№ п/п	Вид исследования
1.	педиатр
2.	невролог
3.	эндокринолог
4.	травматолог-ортопед
5.	офтальмолог
6.	детский стоматолог
7.	лабораторное и / или инструментальное обследование

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____ являясь законным представителем несовершеннолетнего _____,

в соответствии с требованиями ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

- получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
- ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, _____ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата _____ 20____ г.

Подпись
законного представителя ребенка
_____ (_____)

Подпись медработника
_____ (_____)

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка _____
(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в _____
(наименование образовательной или медицинской организации)

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия подростка, родителей или законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается)

Перечень исследований возраст 7 лет

№ п/п	Вид исследования
1.	педиатр
2.	детский стоматолог
3.	невролог
4.	офтальмолог
5.	лор
6.	лабораторное обследование

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____ являясь законным представителем несовершеннолетнего _____

_____ в соответствии с требованиями ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

- получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
- ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, _____ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата _____ 20 ____ г.

Подпись
законного представителя ребенка
_____ (_____)

Подпись медработника
_____ (_____)

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка _____
(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в

_____ (наименование образовательной или медицинской организации)

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего
(только с письменного согласия родителей, законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

Перечень исследований
возраст 6 лет

№ п/п	Вид исследования
1.	педиатр
2.	невролог
3.	детский хирург
4.	травматолог-ортопед
5.	офтальмолог
6.	детский стоматолог
7.	оториноларинголог
8.	психиатр детский
9.	акушер-гинеколог (девочки)
10.	детский уролог-андролог (мальчики)
11.	лабораторное и / или инструментальное обследование

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____ являясь законным представителем
несовершеннолетнего _____,

в соответствии с требованиями
ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

- получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
- ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, _____ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента при возникновении потребности, может отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата _____ 20____ г.

Подпись

законного представителя ребенка

_____ (_____)

Подпись медработника _____ (_____)

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка _____

(ф.и.о. дата рождения, адрес)

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в

_____ (наименование образовательной или медицинской организации)

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия родителей, законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

Перечень исследований
Возраст 4, 5, 8, 9, 11, 12 лет

№ п/п	Вид исследования
1.	педиатр
2.	детский стоматолог

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____ являясь законным представителем несовершеннолетнего _____

_____ , в соответствии с требованиями ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

- получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
- ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, _____ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента при возникновении потребности, может отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата _____ 20 ____ г.

Подпись
законного представителя ребенка

Подпись
медицинского работника

_____ (_____)

_____ (_____)

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка _____
(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в _____

(наименование образовательной или медицинской организации)

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия подростка, родителей или законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

**Перечень исследований
возраст 3 года**

№ п/п	Вид исследования
1.	педиатр
2.	детский хирург
3.	стоматолог
4.	акушер-гинеколог (девочки)
5.	уролог-андролог (мальчики)
6.	невролог
7.	офтальмолог
8.	лор
9.	лабораторное обследование

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____ являясь законным представителем несовершеннолетнего _____

_____ в соответствии с требованиями ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

- получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
- ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, _____ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата _____ 20____ г.

Подпись законного представителя
ребенка

(_____)

Подпись медработника

(_____)

КАРТА
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

(ненужное зачеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество: _____
2. Пол: муж. /жен. (нужное подчеркнуть)
3. Дата рождения: _____
4. Полис обязательного медицинского страхования: серия _____
5. Страховая медицинская организация: _____
6. Адрес места жительства: _____
6. Полное наименование медицинской организации, выбранной несовершеннолетним для получения первичной медико-санитарной помощи: _____
7. Юридический адрес медицинской организации, выбранной несовершеннолетним для получения первичной медико-санитарной помощи: _____
8. Полное наименование образовательного учреждения, в котором обучается (будет обучаться) несовершеннолетний: _____
9. Юридический адрес образовательного учреждения, в котором обучается (будет обучаться) ребенок: _____
10. Дата начала медицинского осмотра: _____
11. _____
(полное наименование и юридический адрес
медицинской организации, проводившей медицинский осмотр)
12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент медицинского осмотра: _____ (число дней) _____ (месяцев) _____ лет.
 - 12.1. Для детей 0 - 4 лет: масса (кг) _____; рост (см) _____; окружность головы (см) _____; нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужное подчеркнуть).
 - 12.2. Для детей 5 - 17 лет включительно: масса (кг) _____; рост (см) _____; нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужное подчеркнуть).
13. Оценка психического развития (состояния):
 - 13.1. Для детей 0 - 4 лет:
познавательная функция (возраст развития) _____;
моторная функция (возраст развития) _____;
эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции (возраст развития) _____;
предречевое и речевое развитие (возраст развития) _____.
 - 13.2. Для детей 5 - 17 лет:
 - 13.2.1. Психомоторная сфера: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).
 - 13.2.2. Интеллект: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).
 - 13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).
14. Оценка полового развития (с 10 лет):
 - 14.1. Половая формула мальчика: P _____ Ax _____ Fa _____.
 - 14.2. Половая формула девочки: P _____ Ax _____ Ma _____ Me _____;
характеристика менструальной функции: menarhe (лет, месяцев) _____; menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, умеренные, скудные, болезненные и безболезненные (нужное подчеркнуть).
15. Состояние здоровья до проведения настоящего медицинского осмотра:
 - 15.1. Практически здоров _____ (код по МКБ <*>).
 - 15.2. Диагноз _____ (код по МКБ).
 - 15.2.1. Диспансерное наблюдение: состоял ранее, взят впервые, не подлежал (нужное подчеркнуть).
 - 15.2.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).
 - 15.2.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).
 - 15.2.4. Медицинская реабилитация была назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).
 - 15.2.5. Медицинская реабилитация была выполнена: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).
 - 15.2.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).
 - 15.3. Диагноз _____ (код по МКБ).
 - 15.3.1. Диспансерное наблюдение: состоял ранее, взят впервые, не подлежал (нужное подчеркнуть).
 - 15.3.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

Болезни крови и кроветворных органов

№	ФИО ребенка	Д/рождени я	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Психические расстройства и расстройства поведения

№	ФИО ребенка	Д/рождени я	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Болезни нервной системы

№	ФИО ребенка	Д/рождени я	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Болезни костно-мышечной системы

№	ФИО ребенка	Д/рождени я	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Приложение 15

Форма

О предоставлении оперативной (ежемесячной) информации о завершенных случаях профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних

за _____ 20____ г.

№	Подразделение	ПЛАН профилактических осмотров в отчетном месяце	ФАКТ профилактических осмотров в отчетном месяце (12 код)	Кол-во завершенных случаев профилактических медицинских осмотров, переданных на оплату(реестр)	Кол-во завершенных случаев профилактических медицинских осмотров, заведенных в электронную базу данных (сайт МЗ РФ)
1.	ДДО				

Патологическая пораженность детей ДО 20__ г.

№ п/п	Наименование	Всего выявлено детей с данным заболеванием	В т.ч. с диагнозом впервые установленным в жизни	Состоит на диспансерном учете
1	Среднесписочное количество детей			
2	Всего заболеваний			
3	Инфекционные и паразитарные болезни (всего)			
	из них гельминтозы			
	реконвалесценты гепатита			
4	Новообразования (всего)			
	из них злокачественные			
5	Болезни крови и кроветворных органов			
	из них анемии			
6	Болезни эндокринной системы			
	из них болезни щитовидной железы			
	сахарный диабет			
	ожирение			
7	Психические расстройства и расстройства поведения			
	из них умственная отсталость			
	эмоциональные расстройства (тики, энурез, заикание и пр.)			
	невротические расстройства, связанные со стрессом (неврастения и пр.)			
8	Болезни нервной системы			
	из них вегето-сосудистая дистония			
9	Болезни глаза и его придаточного аппарата			
	из них близорукость (миопия)			
10	Болезни уха и сосцевидного отростка			
	из них хронический отит			
11	Болезни системы кровообращения			
	из них первичная гипертензия			

ДИСПАНСЕРНЫЙ ЖУРНАЛ

Наименование медицинской организации

д/с(СОШ) № _____

Новообразования

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Заболевания сердечно-сосудистой системы

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Болезни органов дыхания

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Болезни органов пищеварения

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Болезни мочеполовой системы

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Болезни кожи и подкожной клетчатки

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Нарушения речи

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Болезни глаза и его придаточного аппарата

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Болезни уха и сосцевидного отростка

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Эндокринные заболевания

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Врожденные аномалии развития

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

Инфекционные и паразитарные инфекции

№	ФИО ребенка	Д/рождения	Дата постановки на учет	Дата снятия с учета	Диагноз

НАПРАВЛЕНИЕ к участковому педиатру

по итогам профилактического медицинского осмотра

Ф.И.О. _____

Возраст _____ дата рождения _____

Учреждение № _____

Заболевания, выявленные впервые по итогам профилактического осмотра:

Диагноз: _____

Выявлено специалистом (указать) _____

Цель направления: проведение II этапа профилактического медицинского осмотра

Дата _____

Подпись _____

Приложение 13

ЛИСТ ЗДОРОВЬЯ

№	ФИО	ОСЕНЬ		ВЕСНА		Группа здоровья	Группа физического развития	Группа по физкультуре	Рекомендации
		Вес	Рост	Вес	Рост				

Приложение 14

Осмотр педиатра	Дата _____
	ЧСС _____ уд. в мин.
	ЧД _____ в мин.
	АД _____ мм.рт.ст
	Рост _____ см, вес _____ кг, окр.грудной клетки _____ см
	Физическое развитие по уровню биологической зрелости соответствует паспортному возрасту, отстает _____, опережает _____
	Морфофункциональный статус: гармоничный, дисгармоничный _____, резко дисгармоничный _____
	Состояние _____ Кожный покров _____
	Зев _____, миндалины _____
	Дыхание _____
Сердечные тоны _____	
Живот _____	
Стул _____	

Проведение профилактических прививок: привит по возрасту,
не привит по медицинским показаниям: частично, полностью;
не привит по другим причинам: полностью, частично;
нуждается в проведении вакцинации
Диагноз _____

Шифр МКБ _____

Группа состояния здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть)

Медицинская группа для занятий физкультурой: I, II, III, IV, не допущен (нужное подчеркнуть)

Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой

Рекомендации по проведению диспансерного наблюдения, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению (включая диагноз заболевания (состояния) и код МКБ _____)

направлен к (указать к какому специалисту) _____

Врач _____

(подпись)

(фамилия и инициалы)

Заведующая (ий) подразделения _____

(подпись)

(фамилия и инициалы)

Дата заполнения « _____ » _____ 20 _____ г. М.П.

причин) (нужное подчеркнуть)

16.9.2. Виды нарушений в состоянии здоровья:

умственные; другие психологические; языковые и речевые; слуховые и вестибулярные; зрительные; висцеральные и метаболические расстройства питания; двигательные; уродующие; общие и генерализованные (нужное подчеркнуть).

16.9.3. Индивидуальная программа реабилитации ребенка инвалида:

дата назначения: _____;

выполнение на момент настоящего медицинского осмотра: полностью, частично, начато, не выполнена (нужное подчеркнуть).

16.10. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

16.11. Проведение профилактических прививок (нужное подчеркнуть):

привит по возрасту; не привит по медицинским показаниям: полностью, частично; не привит по другим причинам: полностью, частично; нуждается в проведении вакцинации/ревакцинации: БЦЖ - V, R1, R2; полиомиелит - V1, V2, V3, R1, R2, R3; АКДС - V1, V2, V3; АДСМ; АДМ; Корь - V; R; эпидемический паротит - V; R; краснуха - V; R; гепатит В - V1, V2, V3.

16.12. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике: _____

16.13. Рекомендации по диспансерному наблюдению, лечению и медицинской реабилитации с указанием даты, времени и места их проведения: _____

7. Перечень и даты проведения осмотров врачей-специалистов:

18. Перечень, даты и результаты проведения исследований:

Врач _____

(подпись)

(фамилия и инициалы)

Руководитель медицинской организации _____

(подпись)

(фамилия и инициалы)

Дата заполнения "___" _____ 20__ г. М.П.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

Примечание:

1. Все пункты карты осмотра заполняются разборчиво, при отсутствии данных ставится прочерк. Исправления не допускаются. Карта осмотра подписывается врачом, ответственным за проведение медицинских осмотров, руководителем медицинской организации и заверяется печатью медицинской организации.

2. Карта осмотра заполняется в двух экземплярах, один из которых передается несовершеннолетнему (его законному представителю), второй остается в медицинской организации.

Приложение 11

После заполнения передается в территориальную поликлинику вместе с оригиналами бланков проведенных исследований

ЛИСТ

профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего

Ф.И.О.	
Дата рождения (возраст)	
СОШ №/ МДОУ №	

