Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

Владимирской области

« Гороховецкая центральная районная больница»

П Р И К А З

от 10 сентября 2013 года № 95

Об организации проведения

медицинских осмотров

несовершеннолетним на территории

Гороховецкого района в 2013 году

В целях реализации приказа Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», приказа ДЗАВО и ТФОМСВО от 28.06.2013 № 1155/187 «Об организации проведения медицинских осмотров несовершеннолетним на территории Владимирской области в 2013 году» п р и к а з ы в а ю:

1. Назначить ответственным лицом за проведение медицинских осмотров несовершеннолетним на территории Гороховецкого района – Виолентова А.Б.- врача педиатра районного.
2. Назначить врачами ответственными за проведение медицинских осмотров несовершеннолетних на территории:

- педиатрического участка№1, а также МБДОУ №3 «Ромашка», МБОУ СОШ №1 – врача педиатра участкового Лопину Н.А.,

- педиатрического участка №2, а также МБДОУ №4 «Аленушка», МБДОУ №8 «Ласточка», МБОУ СОШ №3 – врача педиатра участкового Чижикову Е.В.,

- педиатрического участка №3, а также МБДОУ №5 «Радуга», МБ ДОУ №9 «Солнышко» - врача педиатра участкового Лесных И.В.,

- педиатрического участка №4 (приписные к поликлинике ФАПы), а также МБДОУ №10 п. Галицы, МБОУ Галицкая СОШ, МБОУ Арефинская НОШ (школа-сад) – врача педиатра участкового Кункель Е.Г.,

- Фоминской амбулатории, а также МБДОУ №13 с. Фоминки, МБОУ Фоминская СОШ – врача общей практики Зайцеву Г.А.,

- Денисовской амбулатории, а также МБОУ Денисовская СОШ (школа-сад) – врача общей практики Курбанову Е.Ф.,

- Первомайской амбулатории, а также МБОУ Чулковская СОШ (школа-сад) – врача общей практики Середа А.В.

1. Утвердить состав медицинской комиссии ГБУЗ ВО «Гороховецкая ЦРБ» для проведения медицинских осмотров несовершеннолетних на территории Гороховецкого района в 2013 году, согласно приложению №1.
2. Утвердить помесячный план-график прохождения медицинских осмотров несовершеннолетними на территории Гороховецкого района в 2013 году, согласно приложению №2.
3. Утвердить помесячный план-график профилактических и периодических медицинских осмотров учащихся образовательных учреждений Гороховецкого района в 2013 году, согласно приложению №3.
4. Утвердить форму «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство», согласно приложению №4.
5. Обеспечить, до проведения медицинских осмотров несовершеннолетних, врачами педиатрами участковыми Лопиной Н.А., Чижиковой Е.В., Лесных И.В., Кункель Е.Г., врачами общей практики Зайцевой Г.А., Курбановой Е.Ф., Середа А.В. - получение добровольного информированного согласия несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
6. Обеспечить, после проведения медицинских осмотров несовершеннолетних, врачами педиатрами участковыми Лопиной Н.А., Чижиковой Е.В., Лесных И.В., Кункель Е.Г., врачами общей практики Зайцевой Г.А., Курбановой Е.Ф., Середа А.В. – заполнение учетной формы № 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических осмотрах несовершеннолетних», утвержденную приказом МЗ РФ от 21.12.2012 № 1346н и передачу в организационно-методической отдел (ОМО).
7. Зам.главного врача Гариной Л.Л. обеспечить ежемесячное заполнение и передачу в электронном виде учетной формы № 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических осмотрах несовершеннолетних», а также счетов-реестров в страховые компании до 5 числа месяца, следующего за отчетным.
8. Врачу педиатру районному Виолентову А.Б. обеспечить заполнение и передачу, в т.ч. в электронном виде, до 20 января 2014 года в ГБУЗ ВО «МИАЦ» учетной формы № 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических осмотрах несовершеннолетних» по Гороховецкому району за 2013 год.
9. Юрисконсульту Федоровой О.А. обеспечить заключение договоров возмездного оказания услуг с медицинскими организациями, имеющими соответствующие лицензии по отдельным видам работ (услуг), необходимых для проведения медицинских осмотров в полном объеме (детская хирургия, травматология-ортопедия, детская урология-андрология.
10. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на зам.главного врача Гарину Л.Л.

Главный врач

ГБУЗ ВО «Гороховецкая ЦРБ» В.В. Бондаренко

## Приложение №1

к приказу главного врача

ГБУЗ ВО «Гороховецкая ЦРБ»

от 10.09.2013 № 95

**Состав медицинской комиссии,**

**участвующей в проведении медицинских осмотров несовершеннолетних на территории Гороховецкого района**

**в 2013 году**

- врач педиатр районный Виолентов А.Б. – ответственное лицо

- врачи педиатры участковые Лопина Н.А., Чижикова Е.В., Лесных И.В., Кункель Е.Г.

- врачи общей практики Зайцева Г.А., Курбанова Е.Ф., Середа А.В.

* врач акушер-гинеколог Казьмина Ю.М., акушерка Золина И.В.
* врач-офтальмолог Цебулаева А.В., м/с Левашова В.П.
* врач-невролог Паньшин А.А.,( с заменой на период болезни, командировки, отпуска на врача невролога Кириченко В.Н.) м/с Савинова С.Г.
* врач- отоларинголог Кондейкина Н.В., м/с Мартынова И.М.
* врач- психиатр Ваганова Н.Ю.,
* врач-стоматолог Пронина Л.Б.
* врач эндокринолог Чернигина Н.Н.
* врач функциональной диагностики Семенов Н.А., м/с Потапова Н.А.
* врачи УЗИ- диагностики Юдина Л.А., Казьмина Ю.М., Семенов Н.А.
* лаборанты Козлова Н.Н., Ханова Е.В., Филимонова Л.А., Евдокимова Н.М. (с заменой на период отпусков или заболеваний на лаборантов КДЛ Смирнову И.Н., Балдуеву Ю.В.)

## Приложение №4

к приказу главного врача

ГБУЗ ВО «Гороховецкая ЦРБ»

от 10.09.2013 № 95

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство\***   
 **Я**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя гражданина)   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет*

*Я, паспорт:№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения*   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Даю добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство** (нужное подчеркнуть)

- прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них в соответствии с приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 №1346н

- проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в соответствии с приказом Минздрава РФ от 15.02.2013 №72н;

- проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью в соответствии с приказом Минздрава РФ от 11.04.2013 №216н;

**с целью раннего и своевременного выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития** (в соответствии с частью 1 статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Мне, в доступной для меня форме разъяснены цели, методы данного медицинского вмешательства, связанный с ним 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 определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

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

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

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

(подпись) (Ф.И.О. лечащего врача или иного медицинского работника,

участвующего в оказании медицинской помощи)

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

( дата оформления)

\*Настоящая форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство не применяется в случае если законодательством Российской Федерации установлена иная форма информированного добровольного согласия на определенный вид медицинского вмешательства.