



КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЗМІЇВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ» ЗМІЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЧУГУЇВСЬКОГО РАЙОНУ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЗМІЇВСЬКА ЦЕНТАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ» ЗМІЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЧУГУЇВСЬКОГО РАЙОНУ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	ВІДДІЛ ОСВІТИ ЗМІЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЧУГУЇВСЬКОГО РАЙОНУ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
--	---	---

НАКАЗ

19.07.2024

м. Зміїв

№ 1461/851/24

Про проведення щорічних медичних профілактичних оглядів учнів закладів загальної середньої освіти Зміївської міської ради в 2024-2025 роках

На виконання наказу Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2023 № 1351 "Про організацію медичних оглядів дітей та інших осіб для зарахування їх до закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку, постанови Кабінету Міністрів України від 20 січня 2021 р. № 31 "Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів закладів загальної середньої освіти з метою ефективної організації щорічних обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів закладів загальної середньої освіти та медичних оглядів дітей та інших осіб для зарахування їх до закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку,

1. Призначити відповідальними особами за організацію та проведення щорічних медичних профілактичних оглядів учнів закладів загальної середньої освіти та за організацію медичних оглядів дітей та інших осіб для зарахування їх до закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку в 2024-2025 роках, заступника головного лікаря з медичного обслуговування Колісник А.В., головного спеціаліста відділу освіти Зміївської міської ради Сергієнко Н.Н., завідувача поліклініки Зміївської ЦРЛ Таранову О.В..

2. Заступнику головного лікаря з медичного обслуговування Колісник А.В.:

2.1. Забезпечити проведення профілактичних медичних оглядів учнів, які навчаються у закладах загальної середньої освіти та задекларовані у лікарів ЗПСМ, КНП «Зміївський ЦПМСД», дітей зі статусом ВПО та забезпечити проведення медичних оглядів дітей та інших осіб для зарахування їх до закладів освіти, дитячих закладів оздоровлення та відпочинку.

3. Завідуючим амбулаторіями ЗПСМ, лікарям загальної практики сімейної медицини, лікарям педіатрам КНП «Зміївський центр первинної медико - санітарної допомоги»:

3.1 Перед проходженням медичного огляду, батьки або інші законні представники особи надають інформовану згоду на проведення медичного огляду згідно з формою № 003-6/о "Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення", затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 09 грудня 2020 року № 2837). *(Додаток 1).*

3.2 Забезпечити проведення щорічних медичних профілактичних оглядів учнів (2 -11 клас) у присутності батьків або інших законних представників у лікувально – профілактичному закладі за місцем спостереження за дитиною;

3.3 Під час обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів (2-11 клас) лікарі оглядають та

проводять обстеження учнів:

- збір анамнезу,
- повне фізикальне обстеження,
- вимірювання зросту та маси тіла,
- цукор крові,
- дослідження гостроти зору, слуху (шепітлива мова),
- роблять висновок про стан їх здоров'я, який оформляють згідно з формою первинної облікової документації, встановленою МОЗ,
- визначають групу для занять фізичною культурою,
- надають рекомендації щодо додаткових обстежень, лікування (за наявності показань),
- здійснює контроль за своєчасністю проходження учнем профілактичного медичного огляду та вакцинації, а також інформує із зазначених питань батьків або інших законних представників
- здійснює інформування учасників освітнього процесу з питань вакцинації, профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, збереження репродуктивного здоров'я, протидії поширенню серед учнів звичок, небезпечних для їх фізичного та психічного здоров'я

3.4 З метою запобігання скупчення дітей і дорослих у перед шкільний період, зменшення черг, покращення якості медичних оглядів та не порушуючи визначених термінів - один раз на рік

3.5 Відповідно рекомендацій Головного державного санітарного лікаря України – медичний огляд діти проходять таким чином:

3.5.1. Діти, які йдуть до школи вперше (1й клас) – перед початком навчального року (червень-серпень);

3.5.2. Інші учні (2й-11й класи) – **ближче до свого дня народження протягом року: за два тижні до або два тижні після дня народження.**

3.6. Забезпечити видачу Довідки учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного профілактичного огляду з обов'язковим заповненням всіх пунктів довідки (форма первинної облікової документації № 086-1/о) (*додаток 2*) батькам учня або іншим законним представникам дитини для надання її до закладу загальної середньої освіти

3.7. Після проходження щорічного медичного огляду дітей оглядів учнів (2 -11 клас) форма № 086/о засвідчується підписом лікаря, який її заповнив.

3.8. Щоквартально до 30 числа надавати узагальнену інформацію про результати проведення щорічних медичних профілактичних оглядів учнів (*додаток 3*).

3.9. Для зарахування осіб до закладів професійної (професійно-технічної), фахової передвищої, вищої освіти та інших закладів освіти проводити за зверненням особи .

3.10. Забезпечити огляд та проведення додаткових обстеження особам та, у разі необхідності, видати направлення на проведення обстежень до лікарів-спеціалістів, а також на проведення клінічних, лабораторних та інших досліджень.

3.11. Обстеження включає збір анамнезу, повне фізикальне обстеження, перевірку наявності ознак гострої хвороби або хронічних станів, а також вимір зросту та маси тіла, дослідження гостроти зору, слуху (шепітлива мова), постави та плантографії (при можливості та наявності плантографу), інші обстеження.

3.12. Перелік обстежень лікарями, перелік видів клінічних, лабораторних та інших досліджень, необхідних для проведення медичного огляду особи для зарахування її до закладу освіти, визначає лікар у разі необхідності або залежно від профілю та вимог закладу освіти, до якого надається медична довідка щодо стану здоров'я особи.

3.13. На основі проведених обстежень та досліджень лікар ПМД формує узагальнений висновок про стан здоров'я, надає рекомендації щодо фізичної активності та рівня фізичного навантаження, рекомендації щодо додаткових обстежень, лікування (за наявності показань), профілактичних щеплень, режиму харчування тощо.

3.14. За результатами медичного огляду особі (її батькам чи іншим законним представникам) видаються документи для подання до закладу освіти у порядку, визначеному законодавством, а саме витяг з медичної картки амбулаторного хворого за формою № 086/о “Медична довідка (витяг з медичної картки амбулаторного хворого)”, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

3.15. Забезпечити заповнення форми 086/о згідно Інструкції щодо заповнення форми первинної

облікової документації № 086/о «Медична довідка (витяг з медичної картки амбулаторного хворого), Додаток 4.

3.16. Для зарахування осіб до закладів професійної (професійно-технічної), фахової передвищої, вищої освіти та інших закладів освіти (діти, які йдуть до школи вперше (1й клас)) форма № 086/о засвідчується підписом лікаря, який її заповнив, та керівником закладу охорони здоров'я.

4. Завідуючій поліклініки Зміївської ЦРЛ - Тарановій О.В.:

4.1. В разі звернення учнів у присутності батьків або інших законних представників з електронним направленням до лікарів - спеціалістів забезпечити проведення поглиблених профілактичних оглядів учнів закладів загальної середньої освіти.

4.2. Забезпечити направлення дітей, які мають відхилення у стані здоров'я та потребують обстеження в обласних спеціалізованих закладах охорони здоров'я. В разі відсутності можливості проведення консультації забезпечити проведення консультації з застосуванням телемедичних технологій.

5. Керівникам закладів загальної середньої освіти:

5.1. Видати накази про організацію щорічних обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів, враховуючи дати медичних оглядів 2024-2025 навчальних років.

5.2. Забезпечити інформування всіх учасників освітнього процесу, батьків (законних представників) про порядок та термін проведення щорічних обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів.

5.3. Скерувати батьків з дітьми до сімейного лікаря або педіатра, з яким була підписана декларація про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги дитині. У разі якщо у дитини не має декларації про надання медичної допомоги (ВПО) батьками щодо вибору лікаря, направити батьків дитини звернутися в лікувальний заклад (амбулаторію загальної практики сімейної медицини) за місцем проживання дитини.

5.4. Дотримуватися термінів направлення дітей на щорічні профілактичні огляди, див. пункт 3.6.

5.5. Забезпечити контроль за наданням батьками (законними представниками) до закладу освіти довідки за формою первинної облікової документації № 086-1/о «Довідка учня загальноосвітнього навчального закладу про результати медичного профілактичного огляду».

5.6. Затвердити наказом списки учнів, віднесених до підготовчої та спеціальної груп, відповідно до інструкції про розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури, затвердженій спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України від 20.07.2009 № 518/674, та довести до відома вчителів фізичної культури, класних керівників.

5.7. Забезпечити контроль за оформленням класними керівниками за участю медичних працівників, листків здоров'я класу та розміщенням їх в журналах обліку навчальних занять.

6. Контроль за виконанням залишаємо за собою.

Головний лікар
КНП «Зміївський ЦПМСД»
Олена КОСТЕНКО

Директор
КНП «Зміївська ЦРЛ»
Єлизавета ВОРОНЦОВА

Начальник відділу освіти
Зміївської міської ради
Інеса СОЛЯНИК

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

(у редакції наказу

Міністерства охорони здоров'я України

від 09 грудня 2020 року № 2837)

ФОРМА

первинної облікової документації № 003-6/о

«Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики,
лікування та на проведення операції та знеболення
на присутність або участь учасників освітнього процесу»

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>Код за ЄДРПОУ</p>	<p style="text-align: center;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації</p> <p style="text-align: center;">№ 003-6/о</p> <p style="text-align: center;">ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p style="text-align: center;">Наказ МОЗ України</p> <p style="text-align: center;">_____ 20__ року № _____</p> <p style="text-align: center;">за погодженням з Держстатом</p>
--	---

**1. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ
ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я, _____, одержав(ла)

у _____

(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини). Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформацію надав лікар _____ «__» _____ 20__ року _____

(П. І. Б.

(дата)

(підпис)

(за наявності))

Я, _____, згодний(а) із запропонованим планом лікування

«__» _____ 20__ року

(підпис пацієнта (законного представника))

(дата)

1.1. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитини)
(наявність/відсутність)

супутніх захворювань _____, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ показаннями.

(відносними/абсолютними)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне позначити знаком «√» або «+»):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовенною анестезією
- загальною анестезією з міорелаксацією т- штучною вентиляцією легень
- решонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- комбінованою анестезією (загальною + регіональною).

Я усвідомлюю, що операція та знеболення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я _____ згоду.
(даю / не даю)

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину)

_____ «__» _____ 20__ року _____
(П. І. Б. лікаря (за наявності)) (підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

_____ «__» _____ 20__ року _____
(П. І. Б. лікаря (за наявності)) (підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

згоду на операцію і доручаю виконати її

_____ лікарю _____,
(даю / не даю) (П. І. Б. лікаря (за наявності))

_____ а знеболення _____, що підтверджую
(П. І. Б. лікаря (за наявності))

своїм підписом.

_____ «__» _____ 20__ року
(підпис пацієнта (законного представника)) (дата)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник) _____

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <hr/> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/> <p>Код за ЄДРПОУ </p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації</p> <p>№ 086/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p> № </p>
---	--

Медична довідка
(витяг з медичної картки амбулаторного хворого)

Вид медичного огляду: попередній/профілактичний (потрібне підкреслити)

від « » 20 року

1. Видана _____
(найменування і адреса закладу, що видав довідку)

2. Вид закладу освіти, куди подається довідка: _____

3. Прізвище, ім'я, по батькові
(за наявності): _____

4. Стать чоловіча — 1; жіноча — 2

5. Дата народження | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, місяць, рік)

6. Місце проживання особи: _____

7. Перенесені захворювання: _____

8. Об'єктивні дані і стан здоров'я особи на дату обстеження :
Лікар, який надає первинну медичну допомогу :

Інші лікарі-спеціалісти:

9. Дані лабораторних досліджень

10. Дані інших досліджень

11. Профілактичні щеплення (вказати дату)

12. Лікарський висновок

Підпис особи, яка заповнила довідку
Підпис керівника закладу охорони здоров'я
Головний лікар

М.П.

Додаток 2
до спільного наказу

від _____ № _____ / _____ / _____

Інформація про охоплення профілактичними медичними оглядами учнів

ШБ лікаря _____ Станом на _____

Інформація про виявлену патологію при проведенні профілактичних медичних оглядів

Підлягало оглядам	Оглянуто		Виявлено патології		в т.ч. вперше		Направлено на дообстеження	Кількість дітей, які пройшли дообстеження	
	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.		%	Абс.
Всього									

Лікар _____ Підпис, печатка.

Звіт надавати щоквартально до 30 числа