



Профилактика НОН в образовательной среде

Управление по контролю за оборотом наркотиков
ГУ МВД России по г. Санкт-Петербургу
и Ленинградской области

Проверка учащихся на наркотики:



➤ Социально-психологическое тестирование



➤ Оперативно-профилактическое мероприятие с использованием передвижного пункта медицинского освидетельствования



Социально-психологическое тестирование (далее – СПТ)

- ▶ Проводится во всех учебных заведениях
- ▶ Нормативная база:
 - Федеральный закон от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
 - Приказ Минздрава РФ от 06.10.2014 г. № 581н.
- ▶ Проводится на основе добровольности и конфиденциальности.
- ▶ По результатам СПТ формируется список учащихся, которые попали в группу риска. Данным учащимся рекомендовано посетить нарколога и пройти медицинский осмотр. Результаты химико-токсикологического исследования на наркотики являются врачебной тайной и не сообщаются в ГУ МВД России по г. СПб и ЛО;



Согласие на медицинский осмотр:

- ▶ Проводится наркологами

Требования:

- ▶ Согласие законного представителя на обработку персональных данных;
- ▶ Согласие законного представителя для несовершеннолетних до 15 лет;
- ▶ С 15 лет согласие несовершеннолетнего.

Образец согласия и отказа:

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (СПб ГБУЗ «ГНБ»)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (профилактический медицинский осмотр в рамках Приказа МЗ РФ от 06.10.2014 г. № 581н) и обработке персональных данных

Я, (Ф.И.О. матери/отца, усыновителя, опекуна, попечителя; несовершеннолетнего, достигшего 15 лет)

Паспорт _____ Выдан _____ Дата выдачи _____
Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Дата рождения ребенка (несовершеннолетнего) _____
Зарегистрированного по адресу: _____,
Обучающегося в _____ классе (образовательной организации) _____

даю **информированное добровольное согласие** на виды медицинских вмешательств (в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н, в том числе даю согласие на проведение профилактического медицинского осмотра, включающего химико-токсикологические исследования биологического объекта (моча).
Медицинским работником (врач психиатр-нарколог амбулаторного приема Ф.И.О.) _____

_____ в доступной для меня форме 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, или потребовать его (их) прекращения.

Я проинформирован(а) о том, что процедура профилактического медицинского осмотра, в том числе химико-токсикологическое исследование биологического объекта (моча), носит конфиденциальный характер, не подлежит разглашению в соответствии со ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также мне будет дано разъяснение о результатах профилактического медицинского осмотра.

Разрешаю медицинскому персоналу НК _____ района информировать о состоянии моего здоровья следующих лиц _____

В соответствии со статьями 6, 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие СПб ГБУЗ «ГНБ» на обработку моих персональных данных, а именно: Ф.И.О.; пол, возраст; дата рождения; сведения о документе, удостоверяющем личность; адрес регистрации по месту жительства; диагноз заболевания (код по «МКБ-10»), для совершения действий, предусмотренных п.3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до истечения срока хранения соответствующей информации и (или) документов, содержащих мои персональные данные, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, или до дня отзыва данного согласия в письменной форме.

Я уведомлен о том, что настоящее согласие на обработку персональных данных может быть в любое время отозвано мной путем направления письменного уведомления.

Подпись обучающегося _____
(Ф.И.О. обучающегося)

Подпись законного представителя _____
(Ф.И.О. законного представителя)

Подпись медработника _____
(Ф.И.О. медработника)

Дата " " 20 г.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» (СПб ГБУЗ «ГНБ»)

Отказ от медицинского вмешательства (профилактический медицинский осмотр в рамках Приказа МЗ РФ от 06.10.2014 г. № 581н)

Я, (Ф.И.О. матери/отца, усыновителя, опекуна, попечителя; несовершеннолетнего, достигшего 15 лет)

Паспорт _____ Выдан _____ Дата выдачи _____
Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Дата рождения ребенка (несовершеннолетнего) _____
Зарегистрированного по адресу: _____,
Обучающегося в _____ классе (образовательной организации) _____

отказываюсь от следующих 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

- Профилактический медицинский осмотр (в рамках Приказа МЗ РФ от 06.10.2014 г. № 581н)

Медицинским работником (врач психиатр-нарколог амбулаторного приема Ф.И.О.) _____

_____ в доступной для меня форме 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 обучающегося _____
(Ф.И.О. обучающегося)

Подпись законного представителя _____
(Ф.И.О. законного представителя)

Подпись медработника _____
(Ф.И.О. медработника)

Дата " " 20 г.



Оперативно-профилактическое мероприятие с использованием передвижного пункта медицинского освидетельствования:



Медицинское освидетельствование на состояние наркотического опьянения:

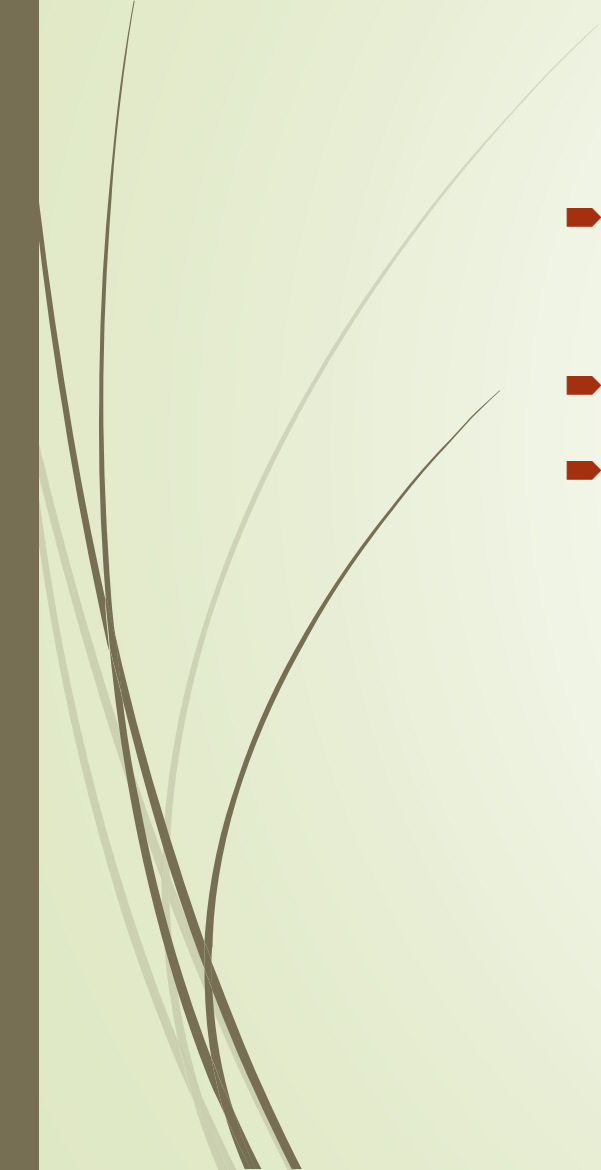
- ▶ **Нормативная база:**
 - Федеральный закон от 8.01.1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
 - Приказ Минздрава РФ от 06.10.2014 г. № 933н.
- ▶ Проводится на основе добровольности.
- ▶ Результаты химико-токсикологического исследования на наркотики не являются врачебной тайной и сообщаются законному представителю несовершеннолетнего для привлечения к административной ответственности и в образовательное учреждение для организации профилактической работы.



Медицинское освидетельствование на состояние наркотического опьянения:

- ▶ Проводится сотрудником полиции и наркологом в учебном заведении.

Требования:

- ▶ Согласие законного представителя;
 - ▶ Протокол-направление от сотрудника полиции.
- 

Образец согласия и отказа:

Главному врачу СПб ГБУЗ
«Городская наркологическая
больница»

от _____
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

—
(дата рождения родителя, законного представителя)

Проживающего
(ей): _____
(адрес места жительства)

Информированное добровольное согласие

(пп.2, п.2 ст.20 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

Согласен (-на) на проведение по направлению _____ правоохранительных органов медицинского освидетельствования на состояние опьянения моего(-ей)

Сын(дочери)/воспитанника _____
(Ф.И.О., дата рождения)

Обучающегося (-йся)/проживающего(ей) _____
(наименование образовательной/социальной организации)

в рамках оперативно-профилактических мероприятий, организуемых
в _____
(наименование образовательной/социальной организации)

в период с 01.09.20__ по 31.05.20__ без предварительного предупреждения.

Проинформирован (-а), что данные мероприятия проводятся с профилактической целью и направлены на раннее выявление потребителей наркотических средств, психотропных веществ.

При получении положительного результата у моего сына (дочери) прошу проинформировать меня по телефону _____

Мне разъяснено, что в любое время имею право отозвать свое согласие путем составления соответствующего письменного документа.

Директору образовательной организации

от _____
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

(дата рождения родителя, законного представителя)

проживающего (ей): _____
(адрес места жительства)

Информированный добровольный отказ

(пп.2, п.2 ст.20 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

отказываюсь от проведения по направлению правоохранительных органов медицинского освидетельствования на состояние опьянения моего(-ей)

сына (дочери) _____
(Ф.И.О., дата рождения)

Обучающегося (-йся) _____
(наименование образовательной/социальной организации)

в рамках оперативно-профилактических мероприятий, организуемых
в _____
(наименование образовательной организации)

в период с 01.09.20__ по 31.05.20__

Проинформирован (-а), что данные мероприятия проводятся с профилактической целью и направлены на раннее выявление потребителей наркотических средств, психотропных веществ.

Последствия отказа мне разъяснены.

(дата)

(подпись)

ФИО



Спасибо за внимание