

Муниципальное бюджетное дошкольное
образовательное учреждение города Новосибирска
«Детский сад № 42»

«СОГЛАСОВАНО»

Совет учреждения д/с № 42

 В.М. Антошкина

Протокол № 2 от «24» августа 2023 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующий МБДОУ д/с № 42

 Ляпустина Л.В.

Приказ № 203/1-п от «25» августа 2023 г.



ПОЛОЖЕНИЕ

**О порядке уведомления законных представителей
воспитанников о мероприятиях в сфере охраны здоровья,
социально значимых заболеваний
в МБДОУ д/с № 42**

Новосибирск

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение (далее Положение) разработано для МБДОУ д/с № 42 (далее – Учреждение) в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012г. № 273 – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (в редакции от 04.08.2023), с Федеральным законом от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в редакции 24.07.2023), Постановлением правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (в редакции от 31.01.2020), Федеральным законом Российской Федерации № 77 от 18 июня 2001 г. «О предупреждении распространения туберкулеза в российской федерации» (в редакции 05.12.2022), СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" от 28 января 2021 года N 4 (с изменениями на 25 мая 2022 года),

1.2. Туберкулез - это инфекционное, специфическое, хроническое заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза. Данное заболевание отнесено к числу социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Согласно Федеральному закону № 77 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 18 июня 2001 г. (ред. от 05.12.2022 N 505-Ф) профилактика туберкулеза – это совокупность мероприятий, направленных на раннее выявление туберкулеза в целях предупреждения его распространения.

1.3. Установить наличие заболевания или подозрения на заболевание возможно только по результатам пробы Манту и других диагностических исследований.

1.4. Медицинский осмотр и иммунопрофилактику и вакцинацию в МБДОУ д/с № 42 (далее Учреждение) осуществляет медицинский работник ГАУЗ НСО «ГКП № 1» (далее медицинский работник).

1.5. Осуществляет работу в соответствии с утвержденными заведующим ГАУЗ НСО «ГКП № 1» планами:

- план - график проведения вакцинации;
- годовой план работы медицинского персонала в Учреждении;
- график генеральный уборок прививочного кабинета.

2. Порядок уведомления родителей (законных представителей).

2.1. Перед проведением туберкулинодиагностики (проба Манту) в Учреждении, медицинскому работнику необходимо проинформировать родителей (законных представителей), в соответствии с индивидуальным графиком. Родители (законные представители) письменно заполняют согласие на данное медицинское вмешательство (**Приложение № 1**).

2.2. По результатам иммунодиагностики для дальнейшего обследования в целях исключения туберкулеза и диагностики латентной туберкулезной инфекции в течение 6 дней с момента постановки пробы Манту на консультацию фтизиатра медицинский работник направляет детей с:

- впервые выявленной положительной реакцией на туберкулин (папула 5 мм и более), не связанной с предыдущей иммунизацией против туберкулеза;

**Добровольное информированное согласие
на проведение профилактических прививок детям
или отказа от них**

1. Я, нижеподписавшийся (аяся)

_____ (фамилия, имя, отчество родителя)

_____ (иного законного представителя) несовершеннолетнего)

подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

—,

_____ (название прививки)

возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно **соглашаюсь** на проведение прививки _____

_____ (название прививки)

добровольно **отказываюсь** от проведения прививки _____

_____ (название прививки)

_____ несовершеннолетнему

_____ (указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего)

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

_____ (фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего)

Дата _____

_____ (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____

_____ (фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____

ИНФОРМИРОВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ)

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____,
(ФИО родителя, законного представителя)

проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 823 СанПиНа 3.3686-21 от 28.01.2021г «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» при не предоставлении заключения врача-фтизиатра в течение 1 месяца с момента выдачи направления, мой ребенок _____, посещающий группу № _____, в детский сад не будет допущен.

«__» _____ 202__ г _____

Направление к фтизиатру

Ф.И.О.ребенка _____

Дата рождения _____

Адрес(фактический) _____
мочи.

Детское учреждение _____

БЦЖ: дата _____ серия _____ руб _____ мм

Реакция Манту _____

Диаскинтест: _____

Сопутствующие заболевания _____
представителем.

Дата направления _____
Ф.И.О. медработника _____

Срок до _____ г.

Иметь с собой:

1. Направление к фтизиатру.
2. Талон.
3. Паспорт родителя.
4. Свидетельство о рождении ребенка.
5. Страховой полис.
6. Общий анализ крови, общий анализ
7. ФЛГ членов семьи старше 15 лет
(давностью не более 6 мес.)
8. Сведения о предыдущих обследованиях у
фтизиатра.
9. Сведения о перенесенных хронических,
инфекционных заболеваниях.
10. Заключение соответствующих
специалистов при наличии
сопутствующей патологии.

На прием только с законным

Талон в регистратуре детской поликлиники
по месту жительства.

Дети, направленные на консультацию в противотуберкулезный диспансер, родители или законные представители которых не предоставили в течение 1 месяца после иммунодиагностики заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом, не допускаются в детские организации (СП 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» р. VIII).