

**УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЕМ
АДМИНИСТРАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БЕЛОРЕЧЕНСКИЙ РАЙОН**

ПРИКАЗ

от 17.01.24.

№ 41

город Белореченск

**О проведении профилактических медицинских осмотров
в общеобразовательных организациях в целях раннего выявления
незаконного потребления наркотических средств и психотропных
веществ 2023-2024 учебном году**

В соответствии с приказом министерства здравоохранения Краснодарского края от 22.12.2023 года № 5216 «О проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в Краснодарском крае в 2023-2024 учебном году» направлении информации», в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в 2023-2024 учебном году п р и к а з ы в а ю:

1.Руководителям образовательных организаций МБОУ СОШ 1, МБОУ СОШ 2, МБОУ СОШ 3, МБОУ СОШ 4, МБОУ СОШ 5, МБОУ СОШ 8, МБОУ СОШ 9, МБОУ ООШ 13, МБОУ ООШ 15, МБОУ СОШ 18, МБОУ ООШ 19, МБОУ СОШ 21, МБОУ СОШ 23, МБОУ ООШ 25, МБОУ СОШ 26, МБОУ СОШ 27, МАОУ СОШ 29, МБОУ СОШ 30, МАОУ СОШ 31, МБОУСОШ 68:

1.1. Обеспечить организацию и проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся в подведомственных общеобразовательных организациях в соответствии с графиком (Приложение 1).

1.2. Провести до 20 января 2024 года согласование календарного графика проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательной организации в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических и психотропных веществ.

1.3. Предоставить в Белореченский филиал ГБУЗ «Наркологический диспансер» до 20 января 2024 года список (Приложение 2) обучающихся, обязанных пройти профилактический медицинский осмотр в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических и психотропных веществ.

1.4. Провести до 19 января 2024 года «Информированное добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра» по форме (Приложение 3).

1.5. Обеспечить прохождение профилактических медицинских осмотров обучающимися, указанными в группе явного риска в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических и психотропных веществ

2. Возложить персональную ответственность за организацию и проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся на руководителей общеобразовательных организаций МБОУ СОШ 1, МБОУ СОШ 2, МБОУ СОШ 3, МБОУ СОШ 4, МБОУ СОШ 5, МБОУ СОШ 8, МБОУ СОШ 9, МБОУ ООШ 13, МБОУ ООШ 15, МБОУ СОШ 18, МБОУ ООШ 19, МБОУ СОШ 21, МБОУ СОШ 23, МБОУ ООШ 25, МБОУ СОШ 26, МБОУ СОШ 27, МАОУ СОШ 29, МБОУ СОШ 30, МАОУ СОШ 31, МБОУСОШ 68.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Начальник управления образованием
администрации муниципального
образования Белореченский район



Т. В. Домский

Календарный график
проведения профилактического медицинского осмотра обучающихся в
общеобразовательной организации в целях раннего выявления незаконного
потребления наркотических и психотропных веществ

Наименование ОО	Дата и время проведения медосмотра	Число обучающихся подлежащих профилактическим осмотрам (по дням)	Общее кол-во обучающихся подлежащих профилактическим осмотрам	Наименование, адрес, телефон медицинской организации, проводящей медицинский осмотр
МБОУСОШ 1	22.01.4 в 13.00	5	5	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ СОШ 2	22.01.4 в 13.00	3	3	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ СОШ 3	22.01.4 в 13.00	5	5	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ СОШ 4	22.01.4 в 13.00	4	4	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ СОШ 5	23.01.2024 в 9.00	16	32	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
	24.01.2024 в 13.00	16		
МБОУ СОШ 8	25.01.2024 в 9.00	3	3	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ СОШ 9	25.01.2024 в 9.00	1	1	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ ООШ 13	25.01.2024 в 9.00	3	3	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ ООШ 15	25.01.2024 в 9.00	2	2	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ СОШ 18	25.01.2024 в 9.00	2	2	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ ООШ 19	25.01.2024 в 9.00	1	1	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ СОШ 21	25.01.2024 в 9.00	2	2	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет

				ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ СОШ 23	25.01.2024 в 9.0013.00	2	2	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ ООШ 25	29.01.2024 в 13.00	1	1	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ СОШ 26	29.01.2024 в 13.00	4	4	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ СОШ 27	29.01.2024 в 13.00	3	3	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МАОУ СОШ 29	29.01.2024 в 13.00	5	5	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МБОУ СОШ 30	29.01.2024 в 13.00	1	1	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
МАОУ СОШ 31	30.01.2024 в 9.00	12	24	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814
	31.01.2024 в 13.00	12		
МБОУ СОШ 68	31.01.2024 в 13.00	1	1	ГБУЗ «Наркологический диспансер» МЗКК, адрес г. Белореченск, ул. 40 лет ВЛКСМ,129\А, т.886132814

Начальник управления образованием
администрации муниципального
образования Белореченский район

Г.В. Домский

Приложение 2

к приказу управления образованием

от 17.01.21 № 41

Список обучающихся _____, обязанных пройти профилактический медицинский осмотр в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических и психотропных веществ

№ п/п	ФИО обучающегося (полностью)	Явный риск	Латентный риск	Класс с литером	Дата рождения(число, месяц, год)	Дата прохождения МО

ПРИМЕР

№ п/п	ФИО обучающегося (полностью)	Явный риск	Латентный риск	Класс с литером	Дата рождения(число, месяц, год)	Дата прохождения МО
		Код	Код			
	Иванов Иван Васильевич	K7291Y4		8 «А»	17.07.2005	29.01.2021
	Петров Сергей Иванович		K7289Y3	9 «Б»	11.01.2006	29.01.2021

Начальник управления образованием администрации муниципального образования Белореченский район



Г.В. Домский

**Информированное добровольное согласие на
профилактический медицинский осмотр в целях раннего выявления
незаконного потребления наркотических средств и психотропных
веществ**

«___» _____ 20__ г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)
"___" _____ 20__ г. рождения,
(дата рождения гражданина)
проживающий 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 _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)
проживающий по адресу: _____

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Мне в доступной форме разъяснены цели, характер и методы профилактического медицинского осмотра на предмет раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, о его последствиях, предполагаемых результатах, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения. При необходимости другие методы обследования и лечения мне будут разъяснены дополнительно.

Я разрешаю предоставить информацию о результатах моим родителям (законным представителям): _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

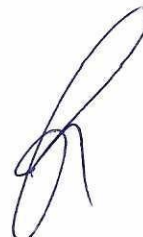
Контактный телефон: _____

Подпись гражданина (законного представителя) _____

(подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Начальник управления образованием
администрации муниципального
образования Белореченский район



Г.В. Домский