# НАКАЗ

|  |  |
| --- | --- |
|  **ХАРКІВСЬКА**  **СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА**  **І-ІІІ СТУПЕНІВ № 50** **ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ** |  **ХАРЬКОВСКАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ШКОЛА****І-ІІІ СТУПЕНЕЙ № 50****ХАРЬКОВСКОГО ГОРОДСКОГО СОВЕТА****ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ** |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

02.10.2015 № 161

Про організацію та проведення

поглиблених профілактичних

медичних оглядів учнів ХСШ № 50

 у 2015/2016 навчальному році

На виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 08 грудня 2009 р. № 1318 «Про затвердження порядку здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів», Постанови Кабінету Міністрів України від 05 серпня 2015 р. № 568 «Про внесення змін до пункту 4 Порядку здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів», рішення 28 сесії Харківської міської ради 5 скликання від 03.12.2008 № 329/08 «Про затвердження плану заходів щодо організації та проведення профілактичних медичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів усіх типів та форм власності м. Харкова», приймаючи до уваги лист голови Міської батьківської ради при Департаменті освіти Харківської міської ради Хоша М.О. від 21.09.2015, відповідно до спільного наказу Департаменту охорони здоров'я Харківської міської ради та Департаменту освіти Харківської міської ради від 30.09.2015 № 532/186 «Про організацію та проведення поглиблених профілактичних медичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів усіх типів і форм власності м. Харкова у 2015/2016 навчальному році», наказу управління освіти адміністрації Дзержинського району від 01.10.2015 № 170 «Про організацію та проведення поглиблених профілактичних медичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів усіх типів і форм власності Дзержинського району у 2015/2016 навчальному році», з метою подальшого моніторингу стану здоров’я дітей та забезпечення проведення поглиблених медичних оглядів учнів у 2015/2016 навчальному році

НАКАЗУЮ:

1.Заступнику директора з НВР Катруновій Т.М.:

1.1.Забезпечити здійснення організаційних заходів щодо інформування всіх учасників навчально-виховного процесу про проведення профілактичних медичних оглядів учнів у 2015/2016 навчальному році.

До 05.10.2015

1.2. Забезпечити інформування батьків або законних представників учнів про дату, місце проведення поглиблених профілактичних медичних оглядів, можливість присутності батьків або законних представників під час огляду та отримати зворотну інформацію від них у письмовій формі про згоду на проведення огляду та стан здоров’я дитини (додаток 4).

 Упродовж навчального року

1.3. Скласти реєстр учнів, віднесених до підготовчої та спеціальної груп, відповідно до Інструкції про розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури, затвердженої спільним наказом Міністерства охорони здоров’я України та Міністерства освіти і науки України від 20.07.2009 № 518/674, за результатами проведення поглибленого профілактичного медичного огляду учнів загальноосвітнього навчального закладу.

1.4. Надавати до управління освіти адміністрації Дзержинського району Харківської міської ради узагальнену інформацію про хід проведення поглиблених профілактичних медичних оглядів учнів у загальноосвітньому навчальному закладі за встановленою формою (додаток 1).

Щовівторка,

 відповідно до графіків проведення оглядів

1.5. Інформувати управління освіти адміністрації Дзержинського району Харківської міської ради про хід проведення поглиблених профілактичних медичних оглядів учнів за встановленою формою (додатки 2,3).

 Щомісячно,

 з 15.11.2015 по 15.06.2016

1.6. Узагальнювати інформацію про кількість школярів, направлених на дообстеження, та надавати її до управління освіти адміністрації Дзержинського району Харківської міської ради.

Щоквартально до 13 числа

наступного за звітним місяцем

2. Завгоспу школи Леоновій О.М.:

2.1. Забезпечити підготовку приміщень для проведення профілактичних медичних оглядів учнів відповідно до санітарних норм і правил.

До 15.12.2015

2.2. Укомплектувати медичний кабінет аптечкою для надання невідкладної медичної допомоги, одноразовими шпателями та гумовими рукавичками для проведення медичних оглядів відповідно до кількості учнів.

 Упродовж навчального року

3.Секретарю школи Лосєвій І.В.:

3.1. Сформувати та надати у медичний кабінет списки учнів по кожному класу.

До 15.12.2015

4. Гудзь О.В. розмістити цей наказ на сайті школи.

До 03.10.2015

5. Контроль за виконанням даного наказу залишаю за собою.

 Дитректор ХСШ № 50 Директор ХСШ № 50 В.Є.Крохмаль

 З наказом ознайомлені:

 Катрунова Т.М.

 Леонова О.М.

 Лосєва І.В.

 Гудзь О.В.

Додаток 1

до наказу від 02.10.2015 № 161

Інформація про хід проведення поглиблених профілактичних медичних оглядів учнів

 ХСШ № 50 Дзержинського району м. Харкова

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Назва загальноосвітнього навчального закладу | Загальна кількість учнів (мережа станом на 05.09.2015) | Дати проведення поглибленого профілактичного медичного огляду у навчальному закладі | Кількість приміщень, виділених для проведення поглибленого профілактичного медичного огляду | Склад бригад лікарів (перелік лікарів-спеціалістів) | Кількість учнів, які направлені на дообстеження за результатами поглибленого профілактичного медичного огляду  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 Додаток 2

 до наказу від 02.10.2015 № 161

Інформація про охоплення поглибленими профілактичними медичними оглядами

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_КЗОЗ Станом на

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| К-сть дітей, які підлягають оглядам(абс.) | К-сть оглянутих(абс.) | Практично здорові | К-сть дітей, що перебувають на диспансерному обліку | К-сть дітей, направлених на дообстеження(з числа оглянутих) | К-сть не оглянутих дітей(відсутній у школі, відмова батьків | Розподіл дітей по групах для занять фізкультурою | Звільнені від фізкультури |
| основна | підготовча | спеціальна |
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Додаток 3

 до наказу від 02.10.2015 № 161

Інформація про виявлену патологію при проведенні поглиблених профілактичних медичних оглядів

КЗОЗ Станом на

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| спеціаліст | Підлягало оглядам | Оглянуто | Виявлено патології | в т.ч. вперше |
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Наявна патологія**

|  |  |
| --- | --- |
|  | В тому числі: |
|  | Всього виявлено патології  | % від оглянутих | Впершевиявлена патологія | % відвиявленоїпатології | Хронічна патологія | % відвиявленої патології  |
| Хвороби органів дихання |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби серця та кровообігу |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби органів травлення |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби ендокринної системи  |   |   |  |  |  |  |
| Хвороби сечовивідної системи  |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби органів зору |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби ЛОР органів |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби нервової системи |  |  |  |  |  |  |
| Хвороби кістково-м’язової системи |  |  |  |  |  |  |
| Хірургічна патологія  |  |  |  |  |  |  |
| Гінекологічна патологія  |  |  |  |  |  |  |
| Стоматологічна патологія  |  |  |  |  |  |  |

Додаток 4

до наказу від 02.10.2015 № 161

**А Н К Е Т А**

**(інформація щодо стану здоров’я учня)**

**Прізвище, ім’я учня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Домашня адреса, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Школа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ клас\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Скарги на стан здоров’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Перенесені хвороби \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Чи перебуває дитина під диспансерним наглядом, у якого спеціаліста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Особливості поведінки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Чи відвідує дитина спортивну секцію, яку, як давно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Додаткова інформація, яка може бути врахована при проведенні медичного огляду дитини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата заповнення \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підпис батьків \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Примітка: анкета заповнюється батьками дитини напередодні профілактичного медичного огляду учня та надається класному керівнику**