

АЛГОРИТМ
взаимодействия ГАУ ТО «ОЦПР» с КДН и ЗП муниципальных образований
Тюменской области по реализации стационарно-дистанционного
сетевого проекта «Ступени»

1. Реабилитация несовершеннолетнего, в рамках проекта «Ступени», является мероприятием индивидуально профилактической программы несовершеннолетнего. Решение о направлении несовершеннолетнего на реабилитацию оформляется постановлением муниципальной комиссии по делам несовершеннолетних и защиты их прав (далее – КДН и ЗП).
2. За два месяца до начала смены ГАУ ТО «Областной центр профилактики и реабилитации» направляет письма заместителям глав муниципальных образований по социальным вопросам (председателю Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав) о проведении стационарной или каникулярной (в том числе летней оздоровительной) смен в рамках проекта «Ступени». В письме указывается срок смены, список документации для оформления подростка на реабилитацию, форма заявки на смену, дополнительная информация.
3. КДН и ЗП согласно сроку, установленному в письме, направляют в ГАУ ТО «ОЦПР»:
 - 3.1 заявку на реабилитацию несовершеннолетнего, которая оформляется по форме, указанной в письме и подписывается председателем или заместителем председателя КДН и ЗП;
В форме заявки представляются следующие сведения:
 - Ф.И.О. ребенка;
 - Дата рождения несовершеннолетнего;
 - В каком классе обучается;
 - Проблематика подростка;
 - Номер ID в «Банке данных семей и несовершеннолетних «группы особого внимания».
 - Желаемая профессия (для смены с получением профессиональной подготовки)
 - 3.2. рекомендацию врача нарколога на участие в проекте с указанием причины (употребление алкоголя, наркотических или токсических веществ). При наличии диагноза, он также указывается в рекомендации шифром;
О возникших изменениях в заявке необходимо сообщать в ГАУ ТО «ОЦПР» не позднее, чем за 7 дней до начала смены.
 - 3.3. приказ образовательного учреждения, где обучается ребенок с указанием формы обучения на период реабилитации и ответственного лица, отвечающего за организацию образовательного процесса - в случае, если планируется участие в смене несовершеннолетнего – учащегося нецелевой категории смены (7,10,11 классы, колледж, техникум и т.д.).
4. В течение недели после получения заявки ГАУ ТО «ОЦПР» направляет в КДН и ЗП письмо-приглашение на участие несовершеннолетнего/несовершеннолетних в смене.

5. *Специалисты ГАУ ТО «ОЦПР» и специалисты КДН и ЗП при управах административных округов администрации г.Тюмени согласовывают дату, время и место проведения информационного собрания для родителей подростков, планирующих принять участие в реабилитационной смене (не позднее чем за 2 недели до начала смены). Специалисты КДН и ЗП при управах административных округов администрации г.Тюмени оповещают родителей о проведении собрания.
6. *За 2 недели до начала смены специалисты ГАУ ТО «ОЦПР» совместно с представителем КДН и ЗП при управах административных округов администрации г.Тюмени проводят общее информационное собрание для родителей подростков, планирующих принять участие в смене (для всех административных округов г. Тюмени), где специалисты ГАУ ТО «ОЦПР»:
 - 6.1. проводят информационно-разъяснительную работу о реализации проекта и мотивирование на участие подростка в реабилитационных мероприятиях;
 - 6.2. оформляют документы необходимые для поступления на реабилитацию, подписанные родителями (законными представителями) несовершеннолетнего:
 - договор на оказание реабилитационной помощи несовершеннолетнему и акт оказания услуг, подписанные родителями (законными представителями) – 2 экз. (Приложение 2);
 - добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, подписанное родителем (оригинал, заполненный синей ручкой). (Приложение 4);
 - информированное согласие родителя на стоматологическое лечение ребенка (оригинал, заполненный родителем синей ручкой) (Приложение 5);
 - согласие законного представителя на обработку персональных данных подопечного (Приложение 6);
 - согласие на обработку персональных данных родителя (Приложение 7);
 - согласие родителя (законного представителя) на психологическое сопровождение ребенка (Приложение 8);
 - 6.3. раздают родителям памятки (Приложение 9).
7. На смену в ГАУ ТО «ОЦПР» несовершеннолетний принимается только от родителей (законных представителей) или специалиста, имеющего доверенность на сопровождение ребенка, его передачу в ГАУ ТО «ОЦПР» от родителей (законных представителей).
8. При поступлении несовершеннолетнего в ГАУ ТО «ОЦПР» на реабилитацию, лица, доставившие ребенка (родители/законные представители, специалисты, имеющие доверенность от родителей (законных представителей) по описи представляют следующий пакет документов:
 - информационное письмо КДН и ЗП (на основании постановления КДН и ЗП) (Приложение 1);
 - характеристика несовершеннолетнего (заполняется в свободной форме представителем учебного заведения, заверяется его руководителем);
 - договор на оказание реабилитационной помощи несовершеннолетнему и акт оказания услуг, подписанные родителями (законными представителями) – 2 экз. (Приложение 2);
 - паспорт или свидетельство о рождении несовершеннолетнего (оригинал);
 - справка о санэпидблагополучии;
 - рекомендацию врача нарколога на участие несовершеннолетнего в проекте (с указанием проблематики);

* для КДН и ЗП при управах административных округов администрации г.Тюмени

- медицинская справка установленного образца, заверенная печатью медицинского учреждения (Приложение 3);
 - страховой медицинский полис (оригинал);
 - страховое пенсионное свидетельство (копия);
 - табель текущих оценок (представляется из учебного заведения, заверяется его руководителем);
 - 2 фото;
 - добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, подписанное родителем (оригинал, заполненный синей ручкой) (Приложение 4);
 - информированное согласие родителя на стоматологическое лечение ребенка (оригинал, заполненный родителем синей ручкой) (Приложение 5);
 - аттестат об окончании 9 классов (для смены с получением профессиональной подготовки);
 - согласие законного представителя на обработку персональных данных подопечного (Приложение 6);
 - согласие на обработку персональных данных родителя (Приложение 7);
 - согласие родителя (законного представителя) на психологическое сопровождение ребенка (Приложение 8);
 - приказ образовательного учреждения, в котором обучается ребенок с указанием формы обучения на период реабилитации и ответственного лица, отвечающего за организацию образовательного процесса (для учащихся нецелевой категории смены (6,7,10,11 классы, колледж, техникум и т.д.).
9. При поступлении в ГАУ ТО «ОЦПР» несовершеннолетний должен иметь при себе необходимые для реабилитации вещи и предметы личной гигиены в соответствии с перечнем (Приложение 9).
 10. После окончания смены ГАУ ТО «ОЦПР» направляет официальным письмом в КДН и ЗП: План индивидуального сопровождения подростка в территории в постреабилитационный период, а также выдает родителю (законному представителю) или специалисту, забирающему ребенка (на основании доверенности от родителей (законных представителей) под роспись пакет документов на несовершеннолетнего:
 - акт выполненных работ по договору на оказание реабилитационной помощи несовершеннолетнему – 1 экз.;
 - заключение по результатам психолого-педагогического наблюдения;
 - заключение по результатам медицинского наблюдения;
 - выписка итоговых оценок за четверть (табель), переданная из МАОУ «Новотарманская СОШ» (для учащихся 8-9 класс в рамках смен с обучением по общеобразовательной программе).
 11. Забирать со смены несовершеннолетнего должен родитель (законный представитель) или лицо, предоставившее заверенную доверенность от родителя (законного представителя). Заверить доверенность может заместитель главы по социальным вопросам муниципального образования или глава сельского поселения.
 12. В постреабилитационный период ежеквартально до 05 числа месяца, следующего за отчетным, КДН и ЗП направляют в ГАУ ТО «ОЦПР» информационное письмо о результатах реализации программы индивидуального сопровождения подростка, прошедшего курс реабилитации в рамках стационарно-дистанционного сетевого проекта «Ступени» (Приложение 10), которые получают от специалистов по индивидуальному сопровождению в муниципальном образовании. Письмо подписывается председателем КДН и ЗП или его заместителем. Также данные о реализации программы

индивидуального сопровождения и проведенных мероприятиях отражаются ответственными специалистами муниципального образования в «Банке данных семей и несовершеннолетних «группы особого внимания». В случае снятия несовершеннолетнего с индивидуального сопровождения по исправлению, 18-летию или другим причинам, специалистам КДН и ЗП в течение двух недель необходимо направить в ГАУ ТО «ОЦПР» официальное письмо с указанием Ф.И.О. подростка, его даты рождения, причины и даты снятия с учета.

Информационное письмо комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав

Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации

_____ считает целесообразным участие несовершеннолетнего

_____ (ФИО)

в реабилитационной смене для подростков, организованной на базе ГАУ ТО «ОЦПР» (г. Тюмень) для прохождения социально-психологической реабилитации по проекту «Ступени» в целях профилактики правонарушений среди несовершеннолетних, пропаганды здорового образа жизни, укрепления физического и нравственного здоровья.

Дата рождения: _____ полных лет

Место _____ жительства:

Телефон: _____

В соответствии с постановлением комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав №__ от «__» _____ 20__ г. с несовершеннолетним проводится межведомственная индивидуально профилактическая работа.

Информация о несовершеннолетнем занесена в Банк данных несовершеннолетних и семей «группы особого внимания». № ID: _____.

Состоит на следующих профилактических учетах (указать даты и причины постановки на учеты):

1. ПДН _____
2. Нарколог _____
3. Внутришкольный (внутриучилищный) _____
4. Другие _____

Сведения об употреблении ПАВ (вид):

Общий стаж употребления _____ «Д»
учет _____

Сведения об образовании:

- Место _____ учебы _____ (работы)
- Количество оконченных классов на момент поступления в центр _____
- Дублировалась ли школьная программа _____
- Обучение в _____ - _____ специальных
УЗ _____

Характеристика личности

(с учетом мнения социального педагога, психолога, наставника)

1. Особенности характера и отношений к окружающим _____

2. Положительные качества личности, на которые можно опереться в работе

3. Интересы, _____ склонности, увлечения _____

4. _____ Кружки, _____ секции, _____ клубы _____ (где посещает) _____

5. _____ Проблемы подростка _____

6. _____ Медико-педагогические ограничения _____

Социально-демографические сведения

1. Ф.И.О. _____ матери (мачехи): _____

Домашний _____ адрес, телефон: _____

Место _____ работы, _____ должность, телефон: _____

Склонность _____ к _____ употреблению ПАВ _____

Если _____ умерла, _____ то _____ по _____ какой _____ причине, год _____

2. Ф.И.О. _____ отца (отчима): _____

Домашний _____ адрес, телефон: _____

Место _____ работы, _____ должность, телефон: _____

Склонность _____ к _____ употреблению ПАВ _____

Если _____ умер, _____ то _____ по _____ какой _____ причине, год _____

3. Другие _____ члены семьи: _____

4. Члены семьи, родственники, близкие знакомые, проживающие в г. Тюмени, Тюменском _____ районе _____ (Ф.И.О., _____ адрес, телефон): _____

Наставником

назначен(а)

(Ф.И.О. наставника, место работы, должность, телефон)

Дата

Ответственный секретарь

(подпись)

(Ф.И.О.)

Контактный телефон:

Председатель комиссии

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

ДОГОВОР №
на оказание реабилитационной помощи
несовершеннолетнему

г.Тюмень

«__» _____ 20__ г.

Государственное автономное учреждение Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора _____, действующего на основании Устава, с одной стороны и

_____,
(ф.и.о. родителя, законного представителя)
именуемого в дальнейшем «Родитель», действующий от имени и в интересах несовершеннолетнего

(ф.и.о., дата рождения)
с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется безвозмездно оказать услугу по реабилитации несовершеннолетнего в рамках проекта «Ступени», в соответствии с государственным заданием учредителя, а Заказчик принять оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2. Для исполнения настоящего договора Несовершеннолетний поступает в стационарное реабилитационное отделение Государственного автономного учреждения Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации» (далее по тексту «Центр») по адресу: Тюменская область, Тюменский район, 23 км. Салаирского тракта.

1.3. Срок оказания услуги составляет реабилитационную смену: Начало смены «__» _____, окончание смены «__» _____ 20__ г.

2. Права и обязанности сторон**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Провести комплекс реабилитационных мероприятий по отношению к несовершеннолетнему согласно проекта «Ступени».

2.1.2. Уважать и принимать во внимание мнение Родителя, касающееся пребывания подростка в Центре, в случае необходимости принимать соответствующие меры для урегулирования разногласий.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определять объем и порядок проведения реабилитационных мероприятий.

2.2.2. Требовать от Родителя исполнения им обязательств, предусмотренных настоящим договором.

2.2.3. Изменять и расторгать данный договор с Родителем, с учетом мнения несовершеннолетнего и только в его интересах, а также в порядке и на условиях, установленных проектом «Ступени», Уставом Центра.

2.2.4. Расторгнуть договор, уведомив Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав, а также уведомив Родителя о необходимости забрать несовершеннолетнего, в случае систематического нарушения последним режима пребывания в Центре, либо по медицинским показаниям.

2.2.5. Проводить в случае необходимости дополнительные медицинские освидетельствования при приеме несовершеннолетнего на смену и на протяжении всей его реабилитации.

2.3. Родитель и Несовершеннолетний обязаны:

2.3.1. Информировать персонал Центра о перенесенных заболеваниях Несовершеннолетнего, известных аллергических реакциях, противопоказаниях, а также предоставлять другую информацию, связанную с заболеванием.

2.4. Несовершеннолетний обязан:

2.4.1. Беспрекословно соблюдать утвержденный на смену распорядок дня.

2.4.2. Соблюдать все указания персонала Исполнителя, связанные с выполнением настоящего договора.

2.4.3. Соблюдать режим трезвости.

2.4.4. Бережно относиться к имуществу и оборудованию Исполнителя.

2.5. Несовершеннолетнему запрещается:

2.5.1. Покидать территорию Центра без разрешения руководителя проекта «Ступени».

2.5.2. Привозить в Центр лекарственные и наркотические средства, алкогольные напитки.

2.5.3. Привозить ценные вещи (в том числе: драгоценные металлы, деньги, сотовые телефоны, фотоаппараты).

2.5.4. Привозить аудио-видеоаппаратуру (магнитофоны, ноутбуки, плееры и др.), электроприборы (кипятильники, чайники, фены и др.).

2.5.5. Свидания в первый месяц реабилитации.

2.6. Родитель обязан:

- 2.6.1. Оказывать содействие специалистам Центра, участвовать в реабилитационных мероприятиях для достижения наилучшего результата;
- 2.6.2. Согласовывать с руководителем проекта вопросы взаимодействия с несовершеннолетним.
- 2.6.3. Информировать специалистов Центра в период реабилитации о наличии у несовершеннолетнего ценных вещей, ювелирных украшений, сотовых телефонов, денежных средств (суммы), передавать их на временное хранение специалистам Центра под их личную ответственность. В противном случае Центр не несет ответственность за утрату, порчу, уничтожение, кражу этих вещей.
- 2.6.4. Информировать специалистов Центра об индивидуальных, личностных (физических и/или психических) особенностях несовершеннолетнего.
- 2.6.5. Взаимодействовать с куратором Несовершеннолетнего в территории и выполнять его рекомендации
- 2.6.6 В случае причинения Несовершеннолетним ущерба, связанного с повреждением имущества, оборудования, принадлежащего Исполнителю, обязан возместить его Исполнителю в полном объеме.

2.7. Родитель имеет право:

- 2.2.1. На изменение и расторжение данного договора (по согласованию с Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав), с учетом мнения несовершеннолетнего и только в его интересах, а также в порядке и на условиях, установленных проектом «Ступени», Уставом Центра.
- 2.2.2. Получать информацию у специалистов Центра о динамике поведения Несовершеннолетнего у специалистов проекта (тел. 8 (3452) 77-04-14).
- 2.2.3. Посещать несовершеннолетнего после истечения одного месяца реабилитации, не более одного раза в месяц по согласованию с руководителем проекта.
- 2.2.4. На передачу посылок в соответствии с перечнем, утвержденным настоящим договором (печенье, пряники, конфеты, сахар, чай в пакетиках, фрукты, минеральная вода).

2.8. Родителю запрещается:

- 2.8.1 Свидания с несовершеннолетним в первый месяц реабилитации без согласования с руководителем проекта «Ступени».
- 2.8.2. Приезжать к несовершеннолетнему в Центр в нетрезвом виде.
- 2.8.3. Передавать несовершеннолетнему ценные вещи или деньги без ведома специалистов проекта «Ступени».
- 2.8.4. Передавать несовершеннолетнему скоропортящиеся продукты (молочные, мясные, колбасные изделия, кондитерские изделия: торты, пирожные; кофе)
- 2.8.2. Сообщать какую-либо негативную информацию без согласования с руководителем проекта «Ступени».

3.Срок действия договора

- 3.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения его сторонами обязательств по договору.

4.Ответственность сторон

- 4.1. Стороны несут ответственность в пределах, определенных действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.2. В случае причинения материального ущерба, совершения правонарушения, преступления несовершеннолетний несет ответственность в пределах, определенных действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.3. Специалисты Центра несут ответственность за жизнь и здоровье несовершеннолетнего в пределах возложенных на них обязанностей.

5.Адреса и подписи сторон

ГАУ ТО «ОЦПР»

625509

Салаирский тракт, 23 км

Тюменский район

Тюменская область

ИНН 7224037176

Тел.8 (3452) 77-00-66

РОДИТЕЛЬ

Ф.И.О. _____

Место регистрации _____

Телефон _____

Паспорт: серия _____ № _____

выдан « ____ » _____ г.

Директор ГАУ ТО «ОЦПР»

_____ / _____

Родитель

_____ / _____

Дополнительная информация о физических и психических особенностях несовершеннолетнего, которую необходимо учитывать в процессе реабилитации (заполняется родителями):

**АКТ
выполненных работ
на оказание реабилитационной помощи
несовершеннолетнему**

г.Тюмень

«__»____20__г.

Государственное автономное учреждение Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора _____, действующего на основании Устава, с одной стороны и

_____,

(ф.и.о. родителя, законного представителя)

именуемого в дальнейшем «Родитель», действующий от имени и в интересах несовершеннолетнего

(ф.и.о., дата рождения)

с другой стороны, подписали настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель безвозмездно оказал услугу по реабилитации несовершеннолетнего в рамках проекта «Ступени» в соответствии с государственным заданием учредителя, а Заказчик принял оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.
2. Для исполнения настоящего договора Несовершеннолетний поступил в стационарное реабилитационное отделение Государственного автономного учреждения Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации» по адресу: Тюменская область, Тюменский район, 23 км. Салаирского тракта.
3. Срок оказания услуги составил реабилитационную смену: Начало смены «__»____, окончание смены «__»____ 20__г.
4. Стороны не имеют никаких претензий к друг другу.

Адреса и подписи сторон

ГАУ ТО «ОЦПР»

625509, Тюменская область
Тюменский район, 23 км.
Салаирского тракта
ИНН 7224037176
Тел.8 (3452) 77-00-66

РОДИТЕЛЬ

Ф.И.О. _____

Место регистрации _____

Телефон _____

Паспорт: серия _____ № _____
выдан «__»____ г.

Директор ГАУ ТО «ОЦПР»

_____/_____

Родитель

_____/_____

Приложение №1
к приказу департамента здравоохранения
от 31.10.03 №505
Обследование беспризорных и безнадзорных детей
при поступлении в лечебно-профилактические учреждения
(утверждена приказом МЗ РФ от 14.07.03 №307
«О совершенствовании оказания медицинской помощи
беспризорным и безнадзорным детям»)

СПРАВКА

Ф.И.О. _____
Возраст _____
Место жительства _____
Вес _____ кг. Рост _____ см. АД _____ мм рт ст
ЭКГ _____

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови _____
- общий анализ мочи _____
- кал на яйца глистов _____
- кал на диз. группу (не обязательно) _____
- обследование на дифтерийное носительство (не обязательно) _____
- Серологическое обследование (независимо от возраста) на :
сифилис (RW) _____
ВИЧ-инфекция _____
-обследование на туберкулез
– реакция Манту, флюорография _____

справка СЭС _____

Осмотры специалистов:

Врач психиатр-нарколог _____
Врач гинеколог (девочки с 10 лет) _____
Врач дерматолог _____
Врач хирург _____
Врач окулист _____
Врач стоматолог _____
Врач невропатолог _____
Врач отоларинголог _____
Врач педиатр _____
Соматический диагноз: _____
Физкультурная группа: _____
Группа здоровья: _____
Физическое развитие: _____
Прививочный анамнез: _____

Заключение _____

М.п.

Приложение №3
к приказу департамента
здравоохранения Тюменской
области
«17» января 2013 № 22

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства
для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой
медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации**
Я, _____

Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, иного законного представителя

« _____ » _____ г. рождения

Проживающий (-ая) по адресу: _____

Адрес одного из родителей, опекуна., попечителя, иного законного представителя, контактный телефон

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских
вмешательств моему ребенку

Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель

« _____ » _____ г. рождения, чьим законным
представителем я являюсь,
проживающего по адресу: _____

фактический адрес проживания ребенка

при оказании **первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской
помощи** в оздоровительной и медицинской организации.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане
дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-
санитарной помощи в доступной для меня форме, а так же уведомлен в том, что при
оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по
указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при
возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского
вмешательства определяют врачи медицинской организации.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания
медицинской помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской
помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому
работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка
в оздоровительной организации с « _____ » _____ 20__ г. до « _____ »
_____ 20__ г.

подпись

Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

подпись

Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

**Перечень
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при получении первичной медико-
санитарной помощи:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

**Информированное согласие родителя (опекуна)
на стоматологическое лечение ребенка**

Я, (Ф.И.О. родителя или опекуна)

доверяю провести **стоматологическое лечение** моему ребенку (Ф.И.О. ребенка)

мне разъяснено и мною понято следующее:

1. Я получил (а) от сотрудников центра полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских стоматологических услуг. Даю свое согласие на оказание медицинских стоматологических услуг моему ребенку, в рамках оговоренного мною плана лечения.
2. Мне объяснены в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.
3. Мне объяснили, и я понял (а), что в некоторых ситуациях, может возникнуть необходимость подключить к лечению ребенка специалистов из других медицинских учреждений, а также направить пациента в другие медицинские учреждения для прохождения дальнейшего лечения.
4. Мне объяснены сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, неудобства, припухлости, чувствительность к холоду и теплу.
5. Мне объяснено и я понял (а), что существует вероятность того, что во время осуществления основного плана лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении данного плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, вплоть до удаления нерва и лечения корневых каналов или удаления зуба, что усложняет ситуацию и увеличивает сроки лечения.
6. Мне ясна вся важность передачи достоверной информации о состоянии здоровья моего ребенка, а также выполнения всех полученных от врача и медицинского персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором будет нуждаться мой ребенок. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, мой ребенок должен исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов.
7. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение в отношении моего ребенка.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью амбулаторной карты стоматологического больного.

Дата _____ подпись родителя (опекуна) _____

Я подтверждаю, что объяснил

Врач _____ (Ф.И.О.
врача)

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПОДОПЕЧНОГО (несовершеннолетнего)**

Я, _____

(Ф.И.О)

Проживающий _____ по
адресу: _____

Паспорт _____ № _____, выданный _____ (кем и
когда)

_____ как _____ законный
представитель _____

настоящим даю свое согласие на обработку в ГАУ ТО "ОЦПР" персональных данных своего
подопечного _____, к которым
относится:

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

- данные свидетельства о рождении;
- данные медицинской карты;
- адрес проживания подопечного;
- прочие сведения.

Я даю согласие на использование персональных данных своего подопечного в целях:

- обеспечения учебного процесса подопечного;
- медицинского обслуживания;
- проведение реабилитационных мероприятий.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных моего подопечного, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам – территориальных КДН и ЗП, медицинским учреждениям, отделением милиции и т.д), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

ГАУ ТО "ОЦПР" гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что ГАУ ТО "ОЦПР" будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных подопечного ГАУ ТО "ОЦПР" Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего подопечного.

Дата: _____ Подпись: _____ / _____ /

**СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РОДИТЕЛЯ**

Я, _____

(Ф.И.О)
Проживающий _____ по
адресу: _____

_____ Паспорт _____ № _____, выданный _____ (кем и
когда)

настоящим даю свое согласие на обработку в ГАУ ТО "ОЦПР" моих персональных данных, к которым относится:

- Фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные;
- данные места регистрации;
- контактный телефон.

Я даю согласие на использование своих персональных данных в целях:

- обеспечения реабилитационного процесса на базе ГАУ ТО «ОЦПР» (заключения договора, ведения социального паспорта, ведение журналов обучения учащихся и т.д.);

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам – территориальных КДН и ЗП, медицинским учреждениям, отделением милиции и т.д), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

ГАУ ТО "ОЦПР" гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что ГАУ ТО "ОЦПР" будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки моих персональных данных ГАУ ТО "ОЦПР". Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего подопечного.

Дата: _____ Подпись: _____ / _____ /

**СОГЛАСИЕ родителя (законного представителя)
на психологическое сопровождение ребенка**

я, _____

(Ф.И.О)

Проживающий _____ по
адресу: _____

_____ Паспорт № _____, выданный _____ (кем и
когда)

_____ как _____ законный
представитель _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

настоящим даю свое согласие на психологическое сопровождение своего
подопечного _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

в ГАУ ТО "Областной центр профилактики и реабилитации» (далее – ГАУ ТО «ОЦПР»),
находящемся по адресу: Тюменская область, Тюменский район, 23 км. Салаирского тракта.

Психологическое сопровождение несовершеннолетнего включает в себя:
психологическую диагностику, наблюдение в период реабилитации, участие в групповых
развивающих и коррекционных занятиях, участие в релаксационных мероприятиях,
индивидуальное консультирование подростка, проведение психологических практикумов, при
запросе – консультирование родителей.

Педагог-психолог:

- предоставляет информацию о результатах психологического обследования
несовершеннолетнего в территориальную Комиссию по делам несовершеннолетних и защите
их прав, направившей подростка на реабилитацию в ГАУ ТО «ОЦПР»;
- при запросе предоставляет информацию о результатах психологического обследования
несовершеннолетнего родителю (законному представителю);
- не разглашает информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с подростком
и его родителями (законными представителями) третьим лицам, не участвующим в
реабилитационном процессе и постреабилитационном сопровождении по месту жительства,
за исключением случаев угрозы жизни и здоровью несовершеннолетнего.

Настоящее согласие дано мною «_» _____ года и действует на период
реабилитационной смены в рамках проекта «Ступени», реализуемого на базе ГАУ ТО «ОЦПР».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления
соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес
директора ГАУ ТО «ОЦПР» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо
вручено лично под расписку, либо с регистрацией документа руководителю ГАУ ТО «ОЦПР».

Дата: _____

Подпись: _____ / _____

**Перечень
необходимых вещей и предметов личной гигиены для отправления ребенка
на стационарную реабилитационную смену проекта «Ступени»**

1. Спортивная одежда
2. Домашняя одежда (халат, трико)
3. Нижнее белье – 8 смен
4. Футболки – 5 шт.
5. Рубашка
6. Брюки, джинсы – 2 шт.
7. Вечерняя одежда (для выезда в город ,на концерт и т.д.)
8. **Теплая куртка (!)**
9. Теплая кофта – 2 шт.
10. **Варежки, перчатки – 2 пары (!)**
11. Носки – 8 пар
12. Теплые колготки (гетры) для девочек
13. Спортивная обувь – 2 пары
14. Тапочки
15. Обувь для бани (резиновая)
16. Обувь на выход (теплые сапоги, ботинки и т.д.)
17. **Головной убор (вязаная шапка и др.) – 2 шт (!)**
18. Большое банное полотенце (для саунотерапии)
19. Шампунь, мыло, зубная паста, зубная щетка и т.д. (на 3 месяца)
20. Прокладки (для девочек) – на 3 месяца.
21. Порошок стиральный или мыло хозяйственное (для стирки мелких вещей) – 3 уп.
22. Канцелярские товары для школьных занятий (ручки, карандаши простые, резинка, линейка, транспортир и т.д.).
23. Дневник.
24. Учебники, тетради.

**Перечень
необходимых вещей и предметов личной гигиены для отправления ребенка
на летнюю смену проекта «Ступени»**

1. Спортивная одежда
2. Домашняя одежда (халат, трико)
3. Нижнее белье – 4 смены
4. Футболки – 5 шт.
5. Рубашка
6. Брюки, джинсы – 2 шт.
7. **Ветровка (!)**
8. Теплая кофта – 1 шт.
9. Носки – 6 пар
10. Теплые колготки для девочек
11. Спортивная обувь – 2 пары
12. Тапочки
13. Обувь для бани (резиновая)
14. Обувь на выход (туфли)
15. **Головной убор (панама, кепка) – 2 шт (!)**
16. Большое банное полотенце
17. Купальник
18. Шампунь, мыло, зубная паста, зубная щетка и т.д. (на 1 месяц)
19. Прокладки (для девочек)
20. Порошок стиральный или мыло хозяйственное (для ручной стирки мелких вещей) – 1 уп.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

о реализации программы индивидуального сопровождения подростка, прошедшего курс реабилитации в ГАУ ТО «Областной центр профилактики и реабилитации» в рамках стационарно-дистанционного сетевого проекта «Ступени»

Ф.И.О. несовершеннолетнего

за _____ квартал 2018 г.

Доводим до Вашего сведения, что программа индивидуального сопровождения выполняется в полном (не полном) объеме (нужное подчеркнуть).

Программа выполнена не в полном объеме по причинам:

В настоящее время несовершеннолетний учится / работает (нужное подчеркнуть):

(указать место учебы или работы)

За отчетный период:

Наличие рецидивов по правонарушениям - да/нет - (нужное подчеркнуть, при наличии - указать дату рецидива и статью) _____

Наличие рецидивов по употреблению ПАВ - да/нет - (нужное подчеркнуть, при наличии - указать дату рецидива и объект употребления) _____

Наличие рецидивов по девиантному поведению (пропуски уроков, бродяжничество, попытка суицида и т.д.) - да/нет - (нужное подчеркнуть, при наличии - указать дату рецидива и вид девиантного поведения) _____

Данные о реализации программы занесены в «Банк данных семей и несовершеннолетних «группы особого внимания» - да /нет (нужное подчеркнуть)

Куратор _____ / _____

Заместитель председателя КДН и ЗП _____ / _____

Примечание: Информационное письмо направляется в ГАУ ТО «ОЦПР» не позднее 5 числа месяца следующего за отчетным кварталом.