

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

от 20 февраля 2021 года N 314-п

**УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ
ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА ПО СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

от 20 февраля 2021 года N 01-01-01-01/68

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

от 20 февраля 2021 года N 200-Д

ПРИКАЗ

**Об организации межведомственного взаимодействия при проведении
плановой иммунодиагностики туберкулеза среди детского населения
Свердловской области**

Во исполнение Решения Координационной комиссии по профилактике социально значимых заболеваний и санитарно-эпидемиологическому благополучию населения Свердловской области от 27.12.2017 N 24, [Постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 N 60 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза"](#) (в течение действия документа), [Приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2003 N 109 "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации"](#), [от 29.12.2014 N 951 "Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания"](#), [от 21.03.2017 N 124н "Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза"](#), [Приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от 20.09.2011 N 939-п "Об усилении мер по профилактике и своевременному выявлению туберкулеза у детей и подростков, проживающих в Свердловской области"](#), а также в соответствии с клиническими рекомендациями "Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях", утвержденными Российским обществом фтизиатров 07.03.2017, приказываем:

1. Утвердить:

1) форму отчета об обследовании детей и подростков с применением пробы Манту и аллергена туберкулезного рекомбинантного (Диаскинтест) (приложение N 1);

2) форму журнала учета выдачи направлений родителям или подросткам старше 15 лет на консультацию к врачу-фтизиатру (приложение N 2);

3) форму бланка направления на консультацию врача-фтизиатра (приложение N 3);

4) форму бланка информированного добровольного отказа от иммунодиагностики туберкулеза ([приложение N 4](#)).

2. Главным врачам медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению Свердловской области, обеспечить:

1) в срок до 01.04.2021, далее - ежегодно в срок до 1 декабря, составление графиков планового обследования на туберкулез детей до 14 лет и подростков до 18 лет (включая обследование детей и подростков из групп медико-социального риска в соответствии с требованиями) (далее - дети и подростки) Свердловской области, посещающих образовательные организации, с последующим направлением графиков планового обследования на туберкулез детей до 14 лет и подростков до 18 лет руководителям образовательных организаций;

2) проведение планового обследования детей и подростков на туберкулез в соответствии с графиками планового обследования на туберкулез детей до 14 лет и подростков до 18 лет;

3) направление детей и подростков с измененной чувствительностью к туберкулину и/или Диаскинтесту на консультацию к врачу-фтизиатру в течение 6 календарных дней с момента проведения иммунодиагностики туберкулеза в соответствии с требованиями пункта 5.6 раздела V санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 (в течение действия документа), пункта 3 перечня мероприятий по раннему выявлению туберкулеза у детей и подростков, утвержденного [Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 20.09.2011 N 939-п "Об усилении мер по профилактике и своевременному выявлению туберкулеза у детей и подростков, проживающих в Свердловской области"](#);

4) в течение одной недели с момента отказа от иммунодиагностики туберкулеза приглашение законных представителей, отказавшихся от проведения иммунодиагностики туберкулеза у своих детей, на врачебную комиссию детской поликлиники (в соответствии с клиническими рекомендациями "Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных

организациях", утвержденными Российским обществом фтизиатров 07.03.2017);

5) своевременное внесение не позднее 6 календарных дней информации в историю развития ребенка (учетную форму N 112/у) об отказе законных представителей от иммунодиагностики туберкулеза, о выявленной измененной чувствительности к туберкулину и/или Диаскинтесту у ребенка с обязательной отметкой о дате выдачи направления к фтизиатру;

6) передачу списка детей, законные представители которых отказались от иммунодиагностики туберкулеза, лицу, ответственному за работу врачебной комиссии в медицинской организации;

7) направление медицинским работником детей и подростков, законные представители которых отказались от иммунодиагностики туберкулеза, на консультацию к врачу-фтизиатру в течение 1 недели с момента отказа от иммунодиагностики туберкулеза;

8) при выдаче справок детям до 14 лет и подросткам 15 - 17 лет, которым не проводилась очередная иммунодиагностика туберкулеза, а также тем, кто был направлен на консультацию к фтизиатру и не представил заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом, участковым педиатрам, указывать "Ребенок не обследован на туберкулез";

9) информирование руководителей образовательных организаций:

о результатах проведенной иммунодиагностики туберкулеза в недельный срок после ее окончания с представлением списочного состава детей и подростков, посещающих образовательные организации;

о детях и подростках, направленных на консультацию к врачу-фтизиатру в связи с измененной чувствительностью к туберкулину и аллергену туберкулезному рекомбинантному Диаскинтест;

предоставление списочного состава детей и подростков, чьи родители (законные представители) отказались от иммунодиагностики туберкулеза;

10) предоставление врачам-фтизиатрам, в зоне курации которых, располагается медицинская организация, списочного состава детей и подростков, посещающих образовательные организации, с измененной чувствительностью к туберкулину и Диаскинтесту, а также списка детей и подростков, чьи родители отказались от иммунодиагностики туберкулеза в течение 6 календарных дней с

момента проведения иммунодиагностики или отказа от нее;

11) осуществление медицинскими работниками отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях ежемесячной сверки до 5 числа, следующего за отчетным, с врачами-фтизиатрами списочного состава детей и подростков, направленных к фтизиатру, явившихся на прием, обследованных на туберкулез и получивших заключение, с последующим информированием о результатах сверки руководителей образовательных организаций;

12) ведение журнала учета выдачи направлений родителям или подросткам старше 15 лет на консультацию к врачу-фтизиатру в соответствии с [приложением N 2](#) к настоящему Приказу;

13) ежемесячное, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, предоставление в систему мониторинга деятельности медицинских учреждений государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области "Медицинский информационно-аналитический центр" (далее - МДМУ ГАУЗ СО "МИАЦ") информации о результатах обследования детей и подростков с применением пробы Манту и аллергена туберкулезного рекомбинантного (Диаскинтест) в соответствии с [приложением N 1](#) к настоящему Приказу.

3. Начальнику ГАУЗ СО "МИАЦ" С.С. Тарадаю обеспечить:

1) размещение форм в системе МДМУ ГАУЗ СО "МИАЦ" для сбора данных в соответствии с настоящим Приказом;

2) ежемесячно, в срок до 7 числа месяца, следующего за отчетным, предоставление информации о медицинских организациях, не предоставивших сведения по форме главному внештатному специалисту детскому фтизиатру Министерства здравоохранения Свердловской области Н.Г. Камаевой на электронный адрес: kamayeva@gmail.com;

3) ежемесячно, в срок до 9 числа месяца, следующего за отчетным, предоставление информации о результатах обследования детей и подростков с применением пробы Манту и аллергена туберкулезного рекомбинантного (Диаскинтест) в соответствии с [приложением N 1](#) к настоящему Приказу главному внештатному специалисту детскому фтизиатру Министерства здравоохранения Свердловской области Н.Г. Камаевой на электронный адрес: kamayeva@gmail.com.

4. Главному внештатному специалисту детскому фтизиатру Министерства здравоохранения Свердловской области Н.Г. Камаевой обеспечить:

1) получение и анализ отчетов о результатах обследования детей и подростков с применением пробы Манту и аллергена туберкулезного рекомбинантного (Диаскинтест) в соответствии с [приложением N 1](#) к настоящему Приказу от ГАУЗ СО "МИАЦ";

2) предоставление ежемесячно до 12 числа месяца, следующего за отчетным, и ежеквартально до 12 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, отчет о результатах обследования детей и подростков с применением пробы Манту и аллергена туберкулезного рекомбинантного (Диаскинтест) в целом по Свердловской области в соответствии с [приложением N 1](#) к настоящему Приказу в отдел организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области на электронный адрес: a.lyalina@egov66.ru.

5. Главному специалисту отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области А.А. Лялиной ежемесячно в срок до 15 числа, следующего за отчетным, направлять в Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области информацию о результатах обследования детей и подростков с применением пробы Манту и аллергена туберкулезного рекомбинантного (Диаскинтест) в соответствии с [приложением N 1](#) к настоящему Приказу.

6. Рекомендовать руководителям органов местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере образования на территории Свердловской области и руководителям государственных образовательных организаций, расположенных на территории Свердловской области, организовать:

1) оказание содействия в проведении обследования на туберкулез детей и подростков, посещающих образовательные организации, в соответствии с графиками планового обследования на туберкулез детей до 14 лет и подростков до 18 лет;

2) назначение специалистов в подведомственных образовательных организациях, ответственных за приглашение родителей детей и подростков для получения направления на консультацию к врачу-фтизиатру либо на заседание врачебной комиссии детской поликлиники;

3) информирование родителей (законных представителей) в течение 5 рабочих дней с момента окончания срока предоставления в образовательную организацию заключения врача-фтизиатра о допуске в детскую образовательную организацию детей, иммунодиагностика туберкулеза которым не проводилась, при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания согласно пункту 5.7 раздела V [санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика](#)

туберкулеза" (в течение действия документа);

4) работу по не допуску до получения очной формы образования детей и подростков, направленных на консультацию к врачу-фтизиатру, но не представивших в течение 1 месяца заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания;

5) обеспечение ежемесячного информирования Министерства образования и молодежной политики Свердловской области о количестве детей и подростков, посещающих образовательные организации, не обследованных на туберкулез и количестве детей и подростков, отстраненных от посещения образовательных организаций (при условии наличия указанной категории детей).

7. Заместителю Министра образования и молодежной политики Свердловской области Ю.Н. Зеленову обеспечить в ежемесячном режиме направление информации в Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области об отстранении детей от посещения образовательных учреждений с нарастающим итогом в разрезе муниципальных образований Свердловской области и в целом по области.

8. Заместителю руководителя Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области А.В. Пономаревой:

1) обеспечить сбор и анализ информации о количестве детей и подростков, посещающих образовательные организации, не обследованных на туберкулез и отстранении детей от посещения образовательных организаций, по результатам анализа информировать Губернатора Свердловской области;

2) ежеквартально проводить аппаратные совещания с заслушиванием главных врачей медицинских организаций Свердловской области, глав муниципальных образований Свердловской области, территориальных отделов Управления Роспотребнадзора по Свердловской области по организации раннего выявления туберкулеза у детей и подростков.

9. Заместителю руководителя Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области А.В. Пономаревой, Заместителю Министра здравоохранения Свердловской области Е.А. Чадовой по результатам анализа информации о количестве детей и подростков, посещающих образовательные организации, не обследованных на туберкулез и отстранении детей от посещения образовательных организаций, ежеквартально проводить аппаратные совещания с заслушиванием главных врачей медицинских организаций Свердловской области, глав муниципальных образований Свердловской области, территориальных отделов Управления Роспотребнадзора по Свердловской области по организации раннего выявления туберкулеза у детей и

подростков.

10. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляем за собой.

Министр здравоохранения Свердловской области А.А.КАРЛОВ	Руководитель Управления Роспотребнадзора по Свердловской области Д.Н.КОЗЛОВСКИХ	Министр образования и молодежной политики Свердловской области Ю.И.БИКТУГАНОВ
------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

**Приложение N 1
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области N 314-п,
Управления Роспотребнадзора
по Свердловской области N 01-01-01-01/68,
Министерства образования
и молодежной политики
Свердловской области N 200-Д
от 20 февраля 2021 года**

Форма

**Отчет об обследовании детей и подростков с применением пробы Манту и
аллергена туберкулезного рекомбинантного (Диаскинтест)**

Наименование учреждения: _____

Отчетный период: _____ месяц _____ год

Количество детей, которые подлежат проведению пробы Манту в условиях учреждения ПМСП	Количество детей и подростков (в возрасте с 8 до 17 лет включительно), которые подлежат проведению пробы с Диаскинтестом в условиях учреждения ПМСП	Из графы 1 количество детей, которым проведена проба Манту в условиях учреждения ПМСП/охват от подлежащего населения (%)	Из графы 2 количество детей и подростков (в возрасте с 8 до 17 лет включительно), которым проведен Диаскинтест в условиях учреждения ПМСП/охват от подлежащего населения (%)	Количество детей, не обследованных пробой Манту/ Диаскинтестом на сегодняшний момент по причине медицинского отвода	Из графы 5, количество детей, направленных на консультацию к фтизиатру	Из графы 6, количество детей, имеющих заключение (справку) фтизиатра	Количество детей, не обследованных пробой Манту/ Диаскинтестом на сегодняшний момент по причине отказа родителей	Из графы 8, количество детей, направленных на консультацию к фтизиатру	И: 9, ко де ив за (с ф
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Дата:

Ф.И.О. ответственного лица: _____

Подпись

Тел.

Приложение N 2
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области N 314-п,
Управления Роспотребнадзора
по Свердловской области N 01-01-01-01/68,
Министерства образования
и молодежной политики
Свердловской области N 200-Д
от 20 февраля 2021 года

Форма

Журнал учета выдачи направлений родителям или подросткам старше 15 лет на консультацию к врачу-фтизиатру

наименование медицинской организации

N п/п	Дата выдачи направления	Ф.И.О.	Возраст	Место жительства	Причина направления к врачу-фтизиатру (отказ от проведения туберкулинодиагностики; положительный результат р. Манту, Диаскинтеста; другие)
1					
2					
3					
...					
Итого за отчетный период					

Приложение N 3
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области N 314-п,
Управления Роспотребнадзора
по Свердловской области N 01-01-01-01/68,
Министерства образования
и молодежной политики
Свердловской области N 200-Д
от 20 февраля 2021 года

Форма

Бланк направления на консультацию врача-фтизиатра

1. Ф.И.О., дата рождения ребенка _____

2. Образовательная организация, которую посещает ребенок _____

3. Сведения о вакцинации БЦЖ/БЦЖ-М: дата проведения _____, серия _____, поствакцинальный кожный знак, размер в мм _____

Сведения о ревакцинации БЦЖ: дата проведения _____, серия _____, поствакцинальный кожный знак, размер в мм _____

4. Сведения о всех проведенных пробах Манту/Диаскинтест в динамике по годам и обследованиях/диспансерном учете у фтизиатра:

5. Результаты проведенного флюорографического обследования органов грудной клетки - для подростков с 15 лет:

6. Данные о перенесенных заболеваниях, сведения об учете ребенка у врачей-специалистов

7. Дата направления к фтизиатру: _____

Должность, Ф.И.О. и подпись медицинского работника

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Уважаемые родители (законные представители ребенка)!

По результатам иммунодиагностики туберкулеза, Ваш ребенок направлен на консультацию к фтизиатру.

Дети и подростки при первичном посещении принимаются только с родителями (законными представителями).

В соответствии с требованиями приложения 4 "Инструкция по применению туберкулиновых проб" Приказа МЗ РФ от 21.03.2003 г. N 109 "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ", [приложении 2](#) Приказа Министра

здравоохранения СО от 20.09.2011 г. N 939-п "Об усилении мер по профилактике и своевременному выявлению туберкулеза у детей и подростков, проживающих в Свердловской области" на консультации фтизиатра при себе необходимо иметь:

1. Направление к фтизиатру, заполненное медицинском работником образовательной организации.
2. Страховой медицинский полис ребенка.
3. Сертификат прививок (Форма 156/у-93).
4. Выписку из формы N 112-у - история развития ребенка из детской поликлиники.
5. Результаты общего анализа крови и общего анализа мочи (давность не более 1 месяца).
6. Результаты внеочередного флюорографического обследования взрослых лиц из окружения ребенка (в соответствии с Приказом).
7. Паспорт родителя (законного представителя).

**Приложение N 4
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области N 314-п,
Управления Роспотребнадзора
по Свердловской области N 01-01-01-01/68,
Министерства образования
и молодежной политики
Свердловской области N 200-Д
от 20 февраля 2021 года**

Форма

**Бланк информированного добровольного отказа от иммунодиагностики
туберкулеза**

Я _____ (Ф.И.О.), ____ года
рождения, зарегистрированная(ый) по адресу:

_____ паспорт серия
_____ номер _____, выданный
_____, являющийся законным
представителем ребенка _____, _____ года
рождения, отказываюсь от проведения моему ребенку, лицу, чьим законным
представителем я являюсь, кожных иммунодиагностических тестов - проба Манту,
Диаскинтест (ниже зачеркнуть), позволяющих выявлять инфицирование
микобактериями туберкулеза у детей и подростков:

- Реакции Манту

