



УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
ГАУЗС «ЦЛФИСМ»

Г.С. Денисова
« 18 » _____ 2023г.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В ГАУЗС «ЦЕНТР ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ» ДЛЯ ЛИЦ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ

1. В Государственном автономном учреждении здравоохранения Севастополя «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины» (далее - ГАУЗС «ЦЛФИСМ») организовывается и проводится систематический контроль за состоянием здоровья лиц, занимающихся физической культурой и спортом, включающий предварительные и периодические медицинские осмотры (в том числе по углубленной программе медицинских обследований: углубленные медицинские обследования для лиц, занимающихся спортом на тренировочном этапе (далее-УМО), углубленные медицинские обследования для лиц, занимающихся спортом на этапе совершенствования спортивного мастерства и этапе высшего спортивного мастерства для первого полугодия (далее-УМО1), для второго полугодия (далее-УМО2), этапные медицинские обследования (далее-ЭМО) и текущие медицинские обследования (далее-ТО), медицинские обследования при проведении нагрузочного тестирования (далее –НТ).
2. Методист спортивной школы или тренер, в соответствии с утвержденным графиком, предоставляет в ГАУЗС «ЦЛФИСМ» персонифицированные списки спортсменов для прохождения медицинского осмотра (далее-МО). Выверенные списки спортсменов за подписью руководителя предоставляются не позднее 14 дней до начала даты медицинского осмотра (в соответствии с Приложением №1) с сопроводительным письмом и электронном виде на флеш-носителе. В случае отсутствия спортсмена в актуализированных списках и необходимости проведения медицинского осмотра такому спортсмену, для оперативного решения вопроса тренер или руководитель спортивной организации выдает индивидуальное направление спортивной организации на прохождение медицинского осмотра (в соответствии с Приложением № 2).
3. Тренер спортивной школы (клуба) распределяет спортсменов в отведенные дни приема соответственно времени, указанному ответственным регистратором ГАУЗС «ЦЛФИСМ».

4. В случае изменений в списках спортсменов для прохождения МО методист или тренер спортивной школы (клуба) предоставляет исправленные списки в ГАУЗС «ЦЛФИСМ», не позднее 3 суток до прохождения МО.

5. Для оформления медицинской карты спортсмена и прохождения медицинского осмотра спортсмену необходимо предоставить документы (в соответствии с Приложением №3) медицинскому регистратору ГАУЗС «ЦЛФИСМ»:

- Паспорт РФ (до 14 лет паспорт одного из родителей, сопровождающего спортсмена на МО);
- Свидетельство о рождении ребенка (до 14 лет);
- СНИЛС (спортсмена);
- Фотографию 3*4 см.
- Медицинское заключение с установленной группой здоровья и группой занятий физической культурой, выданного по результатам профилактического медицинского осмотра или диспансеризации, согласно возрастной группе из поликлиники от участкового педиатра (терапевта), в соответствии с приложением №1 к регламенту взаимодействия учреждений, утвержденному приказом Департамента здравоохранения города Севастополя от 29.12.2020 № 1454 (в соответствии с Приложением № 4). Медицинское заключение с установленной группой здоровья и группой занятий физической культурой действительно в течение 1 года;
- Флюорографию - для лиц с 15 лет (действительна в течении 1 года);
- Согласие на обработку персональных данных (в соответствии с Приложением №5);
- Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (в соответствии с Приложением №6);

6. Схематический порядок действий для лиц, занимающихся физической культурой, массовым спортом, студенческим спортом, лиц, желающих заняться физической культурой и спортом и (или) выполнять нормативы испытаний (тестов) комплекса ГТО, в том числе лиц, с ограниченными возможностями здоровья (Приложение №7).

7. Схематический порядок действий для лиц, занимающихся спортом на этапах спортивной подготовки, в том числе инвалидов и лиц, с ограниченными возможностями здоровья (Приложение №8).

8. Программы медицинских осмотров в ГАУЗС «ЦЛФИСМ» лиц, занимающихся физической культурой и спортом (Приложение №9).

9. Программы нагрузочного тестирования, проводимого спортсменам в рамках МО, а также дополнительно проводимого для допуска лиц с установленной первой или второй группой здоровья к некоторым видам спорта, программа которых включает повышенные нагрузки и соответствующие риски для здоровья (Приложение №10).

10. Спортсмен в день прохождения МО (согласно утвержденному графику), получает Обходной лист медицинского осмотра ГАУЗС «ЦЛФИСМ» (в соответствии с Приложением №11), проходит функционально-диагностические методы обследования, осмотр узких специалистов и врача по спортивной медицине в ГАУЗС «ЦЛФИСМ», получает направление в лабораторию для сдачи анализов крови и мочи.

11. Медицинское заключение о допуске к тренировочным мероприятиям и к участию в спортивных соревнованиях выдается по результатам прохождения МО:

- уполномоченному сотруднику физкультурно-спортивной, образовательной организации, в которой занимается спортсмен;
- в случае необходимости, может быть выдано индивидуальное медицинское заключение спортсмену или его законному представителю по форме Приложения №2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2020 №1144н (Приложение №12).

Приложение № 1
к Алгоритму действий при прохождении медицинских осмотров в ГАУЗС "ЦЛФИСМ"

(наименование организации)

**Список спортсменов
для прохождения медицинских осмотров
в ГАУЗС "ЦЛФИСМ"**

№ п/п	СП, СШОР, Клуб, Федерация	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения (число, месяц, год)	Вид спорта (по 329 ФЗ)	Этап спортивной подготовки СОЭ,ЭНП,ТЭ, ЭССМ,ЭВМС	Разряд/ звание	Сборник		Тренер	
									Севастополя	России	ФИО	Телефон

Директор

Подпись

(Ф.И.О. полностью)

Примечание:

Лица, занимающиеся спортом на спортивно-оздоровительном этапе - СОЭ

Лица, занимающиеся спортом на этапе начальной подготовки - ЭНП

Лица, занимающиеся спортом на тренировочном этапе (этапе спортивной специализации) - ТЭ

Лица, занимающиеся спортом на этапе совершенствования спортивного мастерства- ЭССМ

Лица, занимающиеся спортом на этапе высшего спортивного мастерства - ЭВМС

(наименование организации)

**Индивидуальное направление спортсмена
для прохождения медицинского осмотра
в ГАУЗС "ЦЛФИСМ"**

№ п/п	СШ, СШОР, Клуб, Федерация	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения (число, месяц, год)	Вид спорта (по 329 ФЗ)	Этап спортивной подготовки СОЭ,ЭНП,ТЭ, ЭССМ,ЭВМС	Разряд/ звание	Сборник		Тренер	
									Севастополя	России	ФИО	Телефон

Директор

Подпись (Ф.И.О. полностью)

Примечание:

Лица, занимающиеся спортом на спортивно-оздоровительном этапе - СОЭ

Лица, занимающиеся спортом на этапе начальной подготовки - ЭНП

Лица, занимающиеся спортом на тренировочном этапе (этапе спортивной специализации) - ТЭ

Лица, занимающиеся спортом на этапе совершенствования спортивного мастерства- ЭССМ

Лица, занимающиеся спортом на этапе высшего спортивного мастерства - ЭВМС

**ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ДОКУМЕНТОВ
ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ
В ГАУЗС «ЦЛФИСМ»**

1. Медицинское заключение от участкового педиатра (врача общей практики, терапевта) об установлении группы здоровья и для несовершеннолетних о группе для занятий физической культурой.
2. Флюорография – (для лиц с 15 лет и старше) 1 раз в год;
3. Паспорт РФ (старше 14 лет);
4. Свидетельство о рождении ребенка (до 14 лет);
5. СНИЛС (спортсмена);
6. Фотография 3х4 см.;
7. Согласие на обработку персональных данных;
8. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств.

**Медицинское заключение
об установлении группы здоровья и принадлежности
к медицинской группе для занятий физической культурой**

Выдано _____
(полное наименование медицинской организации)

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в дательном падеже, дата рождения)

о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям физической культурой (ненужное зачеркнуть) без ограничений (с ограничениями) в соответствии с медицинской группой для занятий физической культурой (ненужное зачеркнуть).

Группа здоровья:

Медицинская группа для занятий физической культурой:

(должность врача, выдавшего заключение)

(подпись)

(И.О. Фамилия)

М.П.

Дата выдачи " ____ " _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ

пациента (представителя), обратившегося в медицинскую организацию, на обработку его персональных данных

Я, (пациент, представитель) _____, Ф.И.О. полностью
 дата рождения « ____ » _____ г., паспорт _____, выдан _____, (серия и номер)
 _____, (дата и наименование выдавшего органа) СНИЛС _____
 Адрес места регистрации : _____
 Адрес фактического проживания: _____
 Контактный телефон: _____

*** Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

_____, Ф.И.О. полностью
 Дата рождения « ____ » _____ г. Данные свидетельства о рождении _____, (серия, номер, дата, кем выдан)

 Адрес места регистрации : _____
 Адрес фактического проживания: _____

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях получения медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на обработку Государственным автономным учреждением здравоохранения Севастополя «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины», расположенного по адресу: 299040 г. Севастополь, ул. Маршала Геловани, 24 (далее – Оператор) персональных данных представляемого, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, контактные телефоны, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования (ОМС, ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, в случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и наличии или отсутствия противопоказаний к занятиям спортом при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанностями сохранять врачебную тайну, в целях:

- защиты прав представляемого на получение качественной медицинской помощи;
- осуществления контроля качества оказанных медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;
- ведения учета оказанной медицинской помощи;
- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;
- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, представляемого, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные представляемого посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими работу учреждения здравоохранения. В процессе оказания Оператором медицинской помощи представляемого я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные представляемого, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения представляемого.

Подпись пациента (представителя) персональных данных: _____, (подпись) _____, (расшифровка подписи)

Настоящее согласие дано мной _____, дата и действует бессрочно, в случае, если согласие не отозвано в письменной форме.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной представляемому до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей статистической информации.

Подпись Оператора _____, дата « ____ » _____ г.

* в строках, не подлежащих заполнению ставится прочерк.

СОГЛАСИЕ

пациента (представителя), обратившегося в медицинскую организацию, на обработку его персональных данных

Я, (пациент, представитель) _____, Ф.И.О. полностью
 дата рождения « ____ » _____ г., паспорт _____, выдан _____, (серия и номер)
 _____, (дата и наименование выдавшего органа) СНИЛС _____
 Адрес места регистрации : _____
 Адрес фактического проживания: _____
 Контактный телефон: _____

*** Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

_____, Ф.И.О. полностью
 Дата рождения « ____ » _____ г. Данные свидетельства о рождении _____, (серия, номер, дата, кем выдан)

 Адрес места регистрации : _____
 Адрес фактического проживания: _____

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях получения медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на обработку Государственным автономным учреждением здравоохранения Севастополя «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины», расположенного по адресу: 299040 г. Севастополь, ул. Маршала Геловани, 24 (далее – Оператор) персональных данных представляемого, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, контактные телефоны, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования (ОМС, ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, в случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и наличии или отсутствия противопоказаний к занятиям спортом при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанностями сохранять врачебную тайну, в целях:

- защиты прав представляемого на получение качественной медицинской помощи;
- осуществления контроля качества оказанных медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;
- ведения учета оказанной медицинской помощи;
- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;
- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, представляемого, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные представляемого посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими работу учреждения здравоохранения. В процессе оказания Оператором медицинской помощи представляемого я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные представляемого, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения представляемого.

Подпись пациента (представителя) персональных данных: _____, (подпись) _____, (расшифровка подписи)

Настоящее согласие дано мной _____, дата и действует бессрочно, в случае, если согласие не отозвано в письменной форме.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной представляемому до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей статистической информации.

Подпись Оператора _____, дата « ____ » _____ г.

* в строках, не подлежащих заполнению ставится прочерк.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

ЗАПОЛНЯЕТ ПАЦИЕНТ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень): Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. Медицинский массаж. Лечебная физкультура. Функциональные пробы в диагностике физической работоспособности и тренированности спортсменов. Физioterпевтическое лечение.: для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном автономном учреждении здравоохранения Севастополя «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины»
(полное наименование медицинской организации)

ЗАПОЛНЯЕТ МЕД. РАБОТНИК

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

ЗАПОЛНЯЕТ ПАЦИЕНТ

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

ЗАПОЛНЯЕТ МЕД. РАБОТНИК

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

ЗАПОЛНЯЕТ ПАЦИЕНТ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень): Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. Медицинский массаж. Лечебная физкультура. Функциональные пробы в диагностике физической работоспособности и тренированности спортсменов. Физioterпевтическое лечение.: для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном автономном учреждении здравоохранения Севастополя «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины»
(полное наименование медицинской организации)

ЗАПОЛНЯЕТ МЕД. РАБОТНИК

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

ЗАПОЛНЯЕТ ПАЦИЕНТ

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

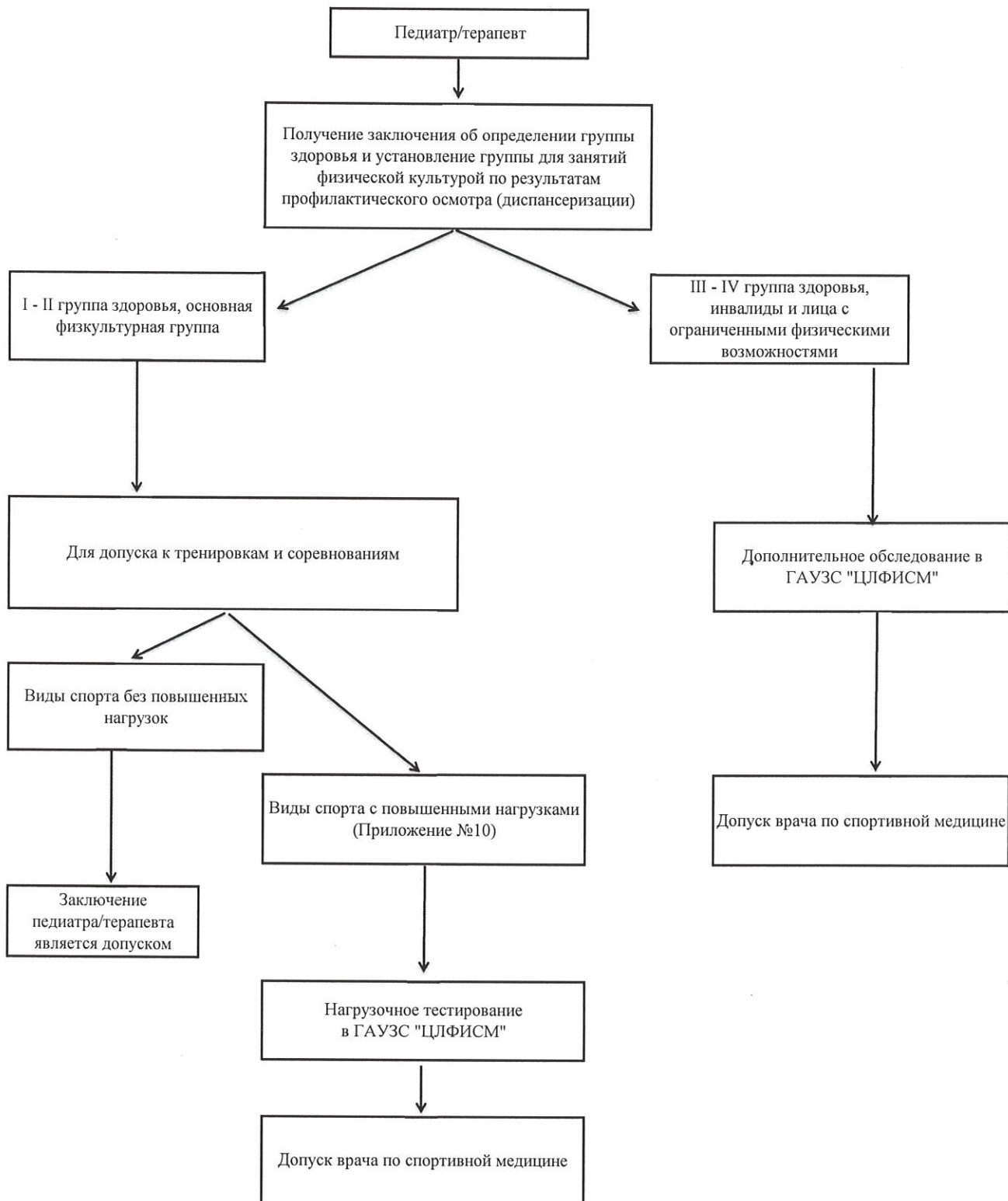
_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

ЗАПОЛНЯЕТ МЕД. РАБОТНИК

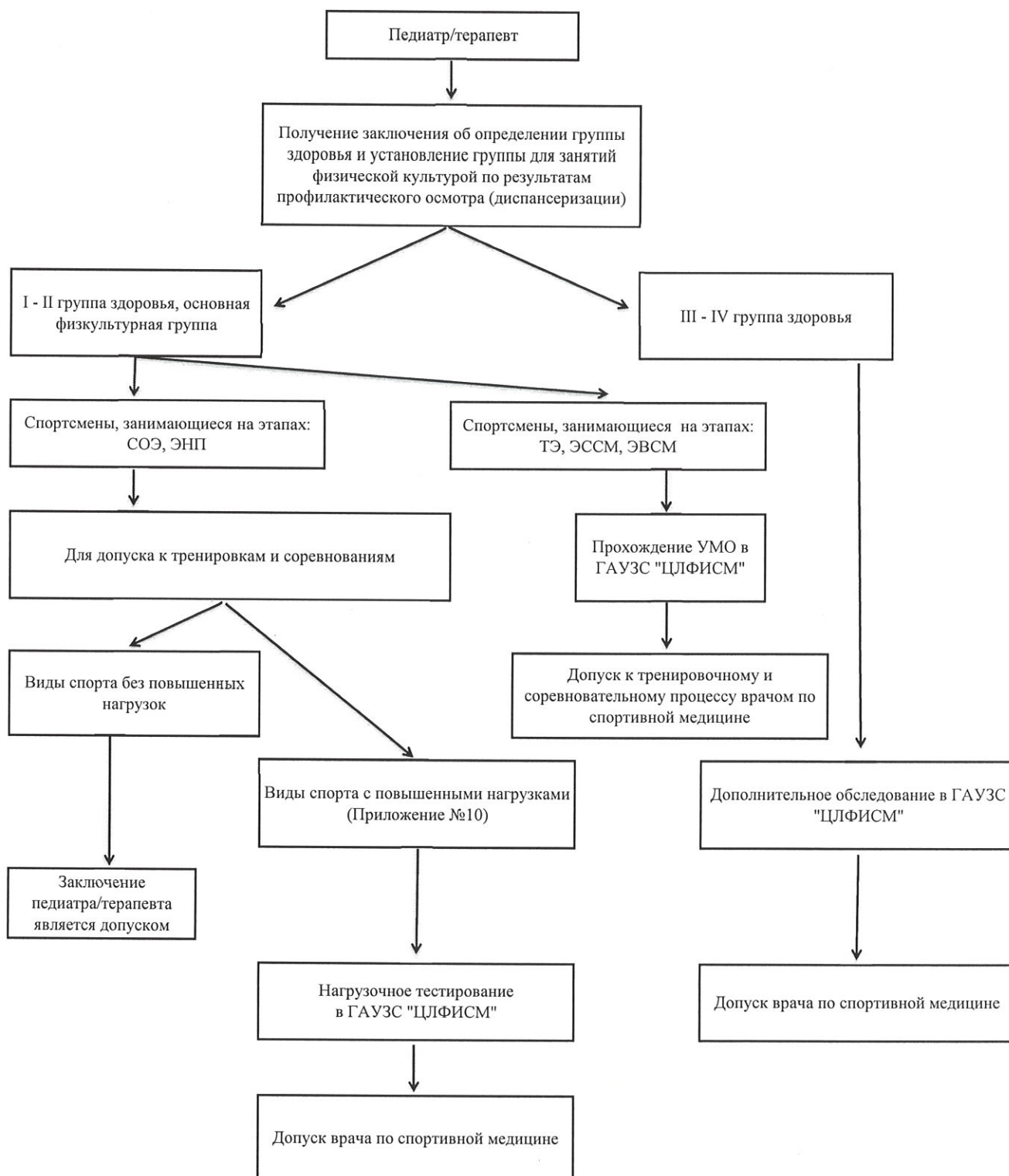
_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Желающие заниматься спортом+ массовый спорт+студенческий спорт + ГТО



Занимающиеся спортом на этапах спортивной подготовки



ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЛИЦ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ

Категория контингента	Кратность проведения	Врачи-специалисты	Клинико-лабораторные и функционально-диагностические методы обследования	Примечание
Лица, занимающиеся физической культурой, массовым спортом, студенческим спортом, обучающиеся по дополнительным предпрофессиональным программам в области физической культуры и спорта (базовый уровень) в образовательных организациях дополнительного образования, спортом на спортивно-оздоровительном этапе и этапе начальной подготовки, лица, желающие заняться физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) комплекса ГТО, в том числе инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья (медицинский осмотр)				
Лица, занимающиеся физической культурой, массовыми видами спорта, спортом на спортивно-оздоровительном этапе и этапе начальной подготовки, выполняющие нормативы испытаний (тестов) комплекса ГТО	1 раз в 12 месяцев	Педиатр или терапевт (по возрасту) в случае установления I или II группы здоровья.	Определение группы здоровья по результатам профилактического медицинского осмотра или диспансеризации, объем которых установлен приказами Минздрава России.	По медицинским показаниям проводятся дополнительные консультации врачей-специалистов, функционально-диагностические и лабораторные исследования. Программа медицинского осмотра для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья может изменяться в зависимости от вида нарушения здоровья в части проведения функциональной диагностики, нагрузочных проб и специфики обследований у врачей-специалистов. Выбор и содержание методов обследования определяются индивидуальными особенностями организма, наличием хронических, рецидивирующих заболеваний и рядом других факторов риска, спецификой типа физической активности. У лиц с интеллектуальными нарушениями при наличии показаний могут проводиться дополнительные консультации врача-психиатра.
		Врач по спортивной медицине	Дополнительно проводимые программы нагрузочного тестирования с целью выявления жизнеугрожающих состояний и имеющихся патологических изменений для допуска лиц с установленной первой или второй группой здоровья к некоторым видам спорта, программа которых включает повышенные нагрузки и соответствующие риски для здоровья (согласно раздела II настоящего приложения, графы "тренировочный этап"). Определение допуска к занятиям	

		Врач по спортивной медицине (в случае установления III или IV группы здоровья)	Антропометрия Скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний, оценка наследственных факторов риска (опросники и протоколы). Электрокардиография (далее - ЭКГ) Эхокардиографическое исследование (далее - ЭхоКГ) по медицинским показаниям Стресс-ЭхоКГ (под нагрузкой) по медицинским показаниям Оценка реакции организма на физическую нагрузку с целью выявления жизнеугрожающих состояний и имеющихся патологических изменений Определение допуска к занятиям	
--	--	--	---	--

Лица, занимающиеся спортом на этапах спортивной подготовки, и лица, обучающиеся по дополнительным предпрофессиональным программам в области физической культуры и спорта (углубленный уровень) в образовательных организациях дополнительного образования, в том числе инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья (углубленное медицинское обследование)

Лица, занимающиеся спортом на тренировочном этапе (этапе спортивной специализации), лица, обучающиеся по дополнительным предпрофессиональным программам в области физической культуры и спорта (углубленный уровень) в образовательных организациях дополнительного образования	1 раз в 12 месяцев	Педиатр/терапевт (по возрасту) Травматолог-ортопед Хирург Невролог Оториноларинголог Офтальмолог Кардиолог Гинеколог (по показаниям) Уролог (по показаниям) Дерматовенеролог (по показаниям) Стоматолог (по показаниям) Врач по спортивной медицине	Клинический анализ крови Биохимический анализ крови: кортизол, тестостерон общий, аланинаминотрансферазу (АЛТ), аспартатаминотрансферазу (АСТ), щелочную фосфатазу, креатинфосфокиназу (КФК), лактатдегидрогеназу (ЛДГ), глюкозу, холестерин, триглицериды, билирубин общий, билирубин прямой, мочевины, мочевины, креатинин, общий белок; фосфор, натрий, кальций, калий, железо) Клинический анализ мочи Антропометрия Скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний (опросники и протоколы). ЭКГ, ЭхоКГ Стресс-ЭхоКГ (под нагрузкой) (по показаниям) Холтеровское мониторирование (по показаниям) Спирография, Флюорография или рентгенография легких (с 15 лет, не чаще 1 раза в год) Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы. КТ/МРТ (по показаниям) Нарастающий дозированный нагрузочный тест (не менее субмаксимального) в соответствии с методическими рекомендациями, сообразно с видом	По медицинским показаниям проводятся дополнительные консультации врачей-специалистов, функционально-диагностические и лабораторные исследования. Программа углубленного медицинского обследования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья может изменяться в зависимости от вида нарушения здоровья в части проведения функциональной диагностики, нагрузочных проб и специфики обследований у врачей-специалистов. Выбор и содержание методов обследования определяются индивидуальными особенностями организма, наличием хронических, рецидивирующих заболеваний (в том числе у родственников) и рядом других факторов риска, спецификой типа физической активности. У лиц с интеллектуальными нарушениями при наличии показаний могут проводиться дополнительные консультации врача-психиатра.
---	--------------------	--	--	---

			спорта, характером и амплитудой выполняемой спортсменом работы, с целью: а) выявления жизнеугрожающих состояний и имеющихся патологических изменений; б) оценки физической работоспособности	
Лица, занимающиеся спортом на этапе совершенствования спортивного мастерства	1 раз в 6 месяцев	Педиатр/терапевт (по возрасту) Травматолог-ортопед Хирург Невролог Оториноларинголог Офтальмолог Кардиолог Гинеколог (по показаниям) Уролог (по показаниям) Дерматовенеролог (по показаниям) Стоматолог Медицинский психолог/психотерапевт Врач по спортивной медицине	Клинический анализ крови Биохимический анализ крови: кортизол, тестостерон общий, пролактин, трийодтиронин Т3 свободный, тироксин Т4 свободный, тиреотропный гормон (ТТГ); аланинаминотрансферазу (АЛТ), аспартатаминотрансферазу (АСТ), щелочную фосфатазу, креатинфосфокиназу (КФК), лактатдегидрогеназу (ЛДГ), глюкозу, холестерин, триглицериды, билирубин общий, билирубин прямой, мочевины, мочевого кислоты, креатинина, общего белка, фосфора, натрия, кальция, калия, железа) Анализ крови на ВИЧ, вирусные гепатиты, сифилис Клинический анализ мочи Антропометрия Скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний (опросники и протоколы) ЭКГ, ЭхоКГ Холтеровское мониторирование (по показаниям) Стресс-ЭхоКГ (под нагрузкой) по медицинским показаниям Спирография Рентгенография легких (с 15 лет, не чаще 1 раза в год) КТ/МРТ (по показаниям). УЗИ органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы (по показаниям) Нагрузочное тестирование с использованием эргометрии с субмаксимальной или максимальной (до отказа от работы) нагрузками с проведением ЭКГ, газоанализа в соответствии с методическими рекомендациями, согласно с видом спорта, характером и амплитудой выполняемой спортсменом работы, с целью: а) выявления жизнеугрожающих состояний и имеющихся патологических изменений; б) оценки физической работоспособности Генетический анализ наследственных факторов риска (по показаниям) Дополнительные консультации врачей-специалистов	По медицинским показаниям проводятся дополнительные консультации врачей-специалистов, функционально-диагностические и лабораторные исследования. Программа углубленного медицинского обследования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья может изменяться в зависимости от вида нарушения здоровья в части проведения функциональной диагностики, нагрузочных проб и специфики обследований у врачей-специалистов. Выбор и содержание методов обследования определяются индивидуальными особенностями организма, наличием хронических, рецидивирующих заболеваний и рядом других факторов риска, спецификой типа физической активности. У лиц с интеллектуальными нарушениями при наличии показаний могут проводиться дополнительные консультации врача-психиатра.

			(по показаниям)	
Лица, занимающиеся спортом на этапе высшего спортивного мастерства	1 раз в 6 месяцев	Педиатр/терапевт (по возрасту) Травматолог-ортопед Хирург Невролог Оториноларинголог Офтальмолог Кардиолог Гинеколог Уролог Дерматовенеролог Стоматолог Медицинский психолог/психотерапевт Врач по спортивной медицине	Клинический анализ крови Биохимический анализ крови (включая, но не ограничиваясь: кортизол, тестостерон общий, пролактин, трийодтиронин Т3 свободный, тироксин Т4 свободный, тиреотропный гормон (ТТГ); аланинаминотрансферазу (АЛТ), аспартатаминотрансферазу (АСТ), щелочную фосфатазу, креатинфосфокиназу (КФК), сердечная креатинфосфокиназа (МВ-КФК), глюкозу, холестерин, триглицериды, билирубин общий, билирубин прямой, мочевины, мочевого кислоты, креатинина, общего белка, фосфора, натрия, кальция, калия, железа) Анализ крови на ВИЧ, вирусные гепатиты, сифилис Клинический анализ мочи Антропометрия Скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний (опросники и протоколы) ЭКГ (в покое в 12 отведениях) ЭхоКГ Холтеровское мониторирование (по показаниям) Стресс-ЭхоКГ (под нагрузкой) (по показаниям) Спирография Рентгенография легких (с 15 лет, не чаще 1 раза в год) КТ/МРТ (по показаниям) УЗИ органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы. Нагрузочное тестирование с использованием эргометрии с субмаксимальной или максимальной (до отказа от работы) нагрузками с проведением ЭКГ, газоанализа в соответствии с методическими рекомендациями, сообразно с видом спорта, характером и амплитудой выполняемой спортсменом работы, с целью: а) выявления жизнеугрожающих состояний и имеющихся патологических изменений; б) оценки физической работоспособности Генетический анализ наследственных факторов риска (по показаниям) Дополнительные консультации врачей специалистов (по показаниям)	По медицинским показаниям проводятся дополнительные консультации врачей-специалистов, функционально-диагностические и лабораторные исследования. Программа углубленного медицинского обследования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья может изменяться в зависимости от вида нарушения здоровья в части проведения функциональной диагностики, нагрузочных проб и специфики обследований у врачей-специалистов. Выбор и содержание методов обследования определяются индивидуальными особенностями организма, наличием хронических, рецидивирующих заболеваний и рядом других факторов риска, спецификой типа физической активности. У лиц с интеллектуальными нарушениями при наличии показаний могут проводиться дополнительные консультации врача-психиатра.

Программы нагрузочного тестирования, проводимого спортсменам в рамках УМО, а также дополнительно проводимого для допуска лиц с установленной первой или второй группой здоровья к некоторым видам спорта, программа которых включает повышенные нагрузки и соответствующие риски для здоровья

Нагрузочное тестирование	ЭКГ с нагрузкой (20 приседаний в течение 30 сек)			Проба Летунова	Проба Руфье (30 приседаний за 45 сек.)
Вид спорта/Этапы подготовки	тренировочный этап	этап совершенствования спортивного мастерства	этап высшего спортивного мастерства	спортивно-оздоровительный этап для лиц со 2 и 3 группой здоровья, начальный этап спортивной подготовки	
Айкидо	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Айсшток	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Акробатический рок-н-ролл				*	
Армрестлинг	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Бадминтон				*	
Баскетбол				*	
Бейсбол				*	
Биатлон				*	
Бобслей	*	*			*
Бокс	*	*	дети до 15 лет с весом		*

			менее 50 кг		
Борьба на поясах	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Велосипедный спорт				*	
Водное поло				*	
Воднолыжный спорт	*	*			*
Волейбол				*	
Гандбол				*	
Гольф	*	*			*
Горнолыжный спорт	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Гребля на байдарках и каноэ				*	
Гребной слалом				*	
Гребной спорт				*	
Джиу-джитсу	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Дзюдо	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Каратэ	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Кендо	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*

Керлинг	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Кикбоксинг	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Киокусинкай	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Конный спорт	*	*			*
Конькобежный спорт				*	
Легкая атлетика (бег, прыжки)				*	
Легкая атлетика (метание)				*	*
Лыжное двоеборье				*	
Лыжные гонки				*	
Настольный теннис				*	
Парашютный спорт	*	*			*
Парусный спорт	*	*			*
Пауэрлифтинг	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Плавание				*	
Подводный спорт	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Прыжки в воду	*	*	дети до 15 лет с весом		*

			менее 50 кг		
Прыжки на батуте	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Прыжки на лыжах с трамплина	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Пулевая стрельба	*	*			*
Регби				*	
Роллер спорт				*	
Сават	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Самбо	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Саный спорт	*	*			*
Серфинг	*	*			*
Синхронное плавание	*	*			*
Скалолазание	*	*			*
Скейтбординг	*	*			*
Смешанное боевое единоборство (ММА)	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Сноуборд	*	*			*
Современное пятиборье				*	

Софтбол				*	
Спортивная акробатика				*	
Спортивная аэробика				*	
Спортивная борьба	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Спортивная гимнастика	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Спортивное ориентирование				*	
Спортивный туризм	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Стендовая стрельба	*	*			*
Стрельба из лука	*	*			*
Сумо	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Тайский бокс	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Танцевальный спорт				*	
Теннис				*	
Триатлон				*	
Тхэквондо, "тхэквондо ИТФ", "тхэквондо ГТФ",	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*

"тхэквондо МФТ"					
Тяжелая атлетика	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Универсальный бой	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Ушу	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Фехтование	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Фигурное катание на коньках	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Фитнес-аэробика				*	
Фристайл	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Футбол				*	
Хоккей				*	
Хоккей на траве				*	
Хоккей с мячом				*	
Художественная гимнастика	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*
Эстетическая гимнастика	*	*	дети до 15 лет с весом менее 50 кг		*

Приложение №11 к Алгоритму действий
при прохождении медицинских осмотров
в ГАУЗС "ЦЛФИСМ"

Обходной лист		
ГАУЗС "ЦЛФИСМ"		
Дата обращения " " 20 г.		
ФИО (полностью)		
Дата рождения:		
Сборник: Севастополя / России / Нет		
Вид спорта:		
СШ /СШОР /Клуб /Инваспорт		
Этап СП: СОЭ / ЭНП / ТЭ / ЭССМ / ЭВСМ		
Обследование: НТ / УМО / УМО 1 / УМО 2 / ТО / ЭМО		
Справка о Группе здоровья : Да / Нет		
ФЛЮ: Да / Нет / Не нужно		
Специалист	№ кабинета	Отметка о прохождении
Антропометрия	регистратура	
Процедурный кабинет	12	
Оториноларинголог	7	
Офтальмолог	6	
Невролог	6	
ЭКГ	14	
Травматолог-ортопед	16	
Хирург	16	
Кардиолог	16	
Заключительный этап прохождения МО		
Врач по спортивной медицине	11	

Реестровый номер заключения _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии)

Дата рождения

Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена)

Дата выдачи, название выдавшего органа « » 202 г. ГАУЗС «ЦЛФИСМ»

Название мероприятия	Содержание мероприятия	Сроки проведения	Место проведения	Участники	Результаты
1. Конференция «Современные тенденции в развитии культуры и искусства»	Обсуждение актуальных вопросов культуры и искусства, обмен опытом, выступление приглашенных экспертов.	15-17 октября 2023 г.	Городской конференц-зал	Местные жители, представители культуры, эксперты.	Принятие решений по развитию культуры, обмен опытом.
2. Выставка «Искусство будущего»	Выставка современных произведений искусства, посвященная будущему культуры.	20-25 октября 2023 г.	Городской выставочный зал	Местные жители, художники, коллекционеры.	Повышение интереса к современному искусству.
3. Мастер-класс «Создание современного искусства»	Мастер-класс по созданию современного произведения искусства.	26 октября 2023 г.	Городской выставочный зал	Местные жители, художники, коллекционеры.	Повышение навыков в создании современного искусства.
4. Концерт «Музыка будущего»	Концерт современной музыки, посвященный будущему культуры.	27 октября 2023 г.	Городской концертный зал	Местные жители, музыканты, коллекционеры.	Повышение интереса к современной музыке.
5. Кинофестиваль «Кино будущего»	Фестиваль современного кино, посвященный будущему культуры.	28-30 октября 2023 г.	Городской кинотеатр	Местные жители, кинематографы, коллекционеры.	Повышение интереса к современному кино.

Вид спорта (при наличии)

Спортивная дисциплина (при наличии)

Этап спортивной подготовки (при наличии)

По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского обследования

комиссией (вычеркнуть лишнее)

- Ограничения, в том числе физических нагрузок, срок ограничений: (ДА / НЕТ)
Описать:

Дата выдачи медицинского заключения

Медицинское заключение действительно до (указать дату)

Ответственное лицо медицинской организации _____ / _____ /
Подпись ФИО

МП