ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ
ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТУ
ул. Миллионная, 22, Санкт-Петербург, 191186
Тел.: (812) 312-1541 Факс: (812) 315-9795
E-mail: kfis@gov.spb.ru
http://www.gov.spb.ru
ОКПО 00087082 ОКОГУ 23360 ОГРН 1037843031214
ИНН/КПП 7803050795/784101001

На №_____

КФКиС
№ 01-24-223/18-58-0
от 22.08.2018

**Директору ГБУ СШ
Центрального района
Санкт-Петербурга**

М.Ю.Баранову

Уважаемый Михаил Юрьевич!

В соответствии с Планом проведения СПб ГБУЗ «Городской врачебно-физкультурный диспансер» углубленного медицинского осмотра спортсменов в 2018-2019, согласованным с Комитетом по физической культуре и спорту 18.07.2018, углубленное медицинское обследование (далее – УМО) занимающихся государственного бюджетного учреждения спортивной школы Центрального района Санкт-Петербурга (далее – СШ Центрального района) будет проведено отделениями спортивной медицины № 3 и № 4 СПб ГБУЗ «Городской врачебно-физкультурный диспансер» (далее - СПб ГБУЗ ГВФД) в соответствии с уровнем спортивной квалификации занимающихся (спортивным разрядом), этапом спортивной подготовки и согласно общей численности спортсменов, указанной в представленной СШ Центрального района в 2018 году заявке, по графику:

Отделение спортивной медицины № 4
(заведующий отделением – Яблоков Станислав Владимирович, т. 241-31-40 доб. 269)

Сроки и время проведения	Вид спорта	Количество, чел.	Категория занимающихся
06-08.05.2019 13-17.05.2019 20-24.05.2019 27-29.05.2019 **Время:** **с 8.00**	спортивная гимнастика, художественная гимнастика, акробатический рок-н-ролл, эстетическая гимнастика, дзюдо	по 10 человек в день	Спортсмены от 1 спортивного разряда и выше, в т.ч. члены спортивных сборных команд Санкт-Петербурга по виду спорта от 1 спортивного разряда и выше

Отделение спортивной медицины № 3
(заведующий отделением – Дудкин Павел Юрьевич, т. 241-31-40 доб. 278)

Сроки и время начала обследования	Вид спорта	Количество, чел.	Категория занимающихся
04-13.03.2019 19-20.03.2019 08-09.04.2019 **Время:** **с 9.30**	спортивная гимнастика, художественная гимнастика, акробатический рок-н-ролл, эстетическая гимнастика, дзюдо, волейбол	по 20 чел. в день	Спортсмены до 1 спортивного разряда

В целях качественного проведения УМО, прошу обеспечить явку в СПб ГБУЗ ГВФД спортсменов от 1 спортивного разряда и выше, членов спортивных сборных команд Санкт-Петербурга по виду спорта от 1 спортивного разряда и выше в указанные в письме сроки и время (в связи с планируемым проведением клинико-лабораторных исследований – в состоянии «натощак»).

Спортсменам при себе иметь:

спортсменам в возрасте до 14 лет (включительно) «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» и «Согласие на обработку персональных данных пациента», подписанное родителями или его законными представителями;

полис обязательного медицинского страхования;

лицам, старше 15 лет результаты флюорографического обследования органов грудной клетки (действительны в течение года);

копию медицинской карты/выписку из медицинской карты развития ребенка - при первичной постановке на учет в СПб ГБУЗ ГВФД, результаты ранее проведенных исследований (эхокардиографии, электроэнцефалографии) при их наличии;

пробу мочи в стандартном медицинском контейнере для сбора биологических жидкостей (утренняя порция, собранная после гигиенических процедур) для выполнения лабораторного исследования - клинического анализа мочи.

УМО учащихся групп начальной подготовки и тренировочного этапа общей численностью спортсменов согласно представленной СШ Центрального района в 2018 году заявке, будет проведено в СПб ГБУЗ ГВФД по графику:

Отделение спортивной медицины № 3
(заведующий отделением – Дудкин Павел Юрьевич, т. 241-31-40 доб. 278)

Сроки и время начала обследования	**Вид спорта**	**Количество, чел.**	**Категория занимающихся**
01.03.2019 14-18.03.2019 21-29.03.2019 01-05.04.2019 10-17.04.2019 **Время:** **с 14.00**	спортивная гимнастика, художественная гимнастика, акробатический рок-н-ролл, эстетическая гимнастика, дзюдо, волейбол	по 20 чел. в день	Занимающиеся в группах начальной подготовки, группах тренировочного этапа общей численностью спортсменов согласно представленной СШ Центрального района в 2018 году заявке

В целях качественного проведения УМО, прошу обеспечить явку для прохождения УМО занимающихся в группах начальной подготовки, тренировочного этапа в указанные в письме **сроки и время**:

Спортсменам иметь при себе:

спортсменам в возрасте до 14 лет (включительно) «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» и «Согласие на обработку персональных данных пациента», подписанное родителями или его законными представителями;

копию медицинской карты/выписку из медицинской карты развития ребенка (амбулаторную карту), результаты клинического анализа крови, клинического анализа мочи - при первичной постановке на учет в СПб ГБУЗ ГВФД, результаты ранее проведенных исследований (эхокардиографии, электроэнцефалографии) при их наличии;

пробу мочи в стандартном медицинском контейнере для сбора биологических жидкостей (утренняя порция, собранная после гигиенических процедур) для выполнения лабораторного исследования - клинического анализа мочи;

Полис обязательного медицинского страхования.

Не позднее, чем за 10 дней до проведения УМО ответственному за организацию проведения УМО в СШ Центрального района представить в СПб ГБУЗ ГВФД список спортсменов, подлежащих УМО, **раздельно по каждой категории спортсменов**, оформленный в соответствии с приложением и согласовать все вопросы по проведению обследования.

Список спортсменов, подлежащих УМО, должен обязательно включать сроки проведения обследования по дням, Ф.И.О., вид спорта, спортивную квалификацию (разряд) учащихся и т.д.

Список должен быть оформлен в соответствии с Образцом, согласно приложению к настоящему письму и быть заверен руководителем и печатью учреждения.

В случае наличия у занимающихся данных клинико-диагностических исследований (результаты клинического анализа крови, клинического анализа мочи, биохимического анализа крови), выполненных спортсменам в иных медицинских организациях в сроки не позднее, чем за 30 дней до даты проведения УМО, результаты проведенных клинико-диагностических исследований могут быть представлены спортсменами при обращении в СПб ГБУЗ ГВФД

По вопросам организации проведения углубленного медицинского обследования спортсменов в зависимости от вида спорта и спортивной квалификации следует обращаться к заведующим отделениями спортивной медицины, ответственными за организацию УМО в СПб ГБУЗ ГВФД.

Также прошу сообщить в Комитет по физической культуре и спорту на электронную почту: lugova@kfis.gov.spb.ru данные (Ф.И.О., телефон) ответственного специалиста учреждения за прохождение УМО.

Контактные телефоны:
Отделение спортивной медицины № 4 - заведующий отделением – Яблоков Станислав Владимирович, т. 241-31-40 доб. 269
Отделение спортивной медицины № 3 - заведующий отделением – Дудкин Павел Юрьевич, т. 241-31-40 доб. 278

Приложения:
1. Образец оформления списка спортсменов, подлежащих УМО на 1 л. в 1 экз.
2. 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 на 1 л. в 1 экз.
3. Согласие на обработку персональных данных пациента на 1 л. в 1 экз.

Заместитель председателя Комитета **А.Б.Перельман**

Бирюкова К.А.
710-64-48

Приложение

ОБРАЗЕЦ

Список учащихся, подлежащих прохождению углубленного медицинского обследования (УМО)
в СПБ ГБУЗ «Городской врачебно-физкультурный диспансер» в 2018/2019 уч. году

1. Список спортсменов, имеющих 1 спортивный разряд и выше по виду спорта

Дата прохождения УМО	Вид спорта	№ п/п	Ф.И.О. спортсмена	Дата рождения	Спортивный разряд	Член спортивной сборной СПб	Этап и год спортивной подготовки	Тренер

2. Список спортсменов до 1 спортивного разряда по виду спорта

Дата прохождения УМО	Вид спорта	№ п/п	Ф.И.О. спортсмена	Дата рождения	Спортивный разряд	Член спортивной сборной СПб	Этап и год спортивной подготовки	Тренер

3. Список спортсменов групп начальной подготовки

Дата прохождения УМО	Вид спорта	№ п/п	Ф.И.О. спортсмена	Дата рождения	Спортивный разряд	Этап и год спортивной подготовки	Тренер

Директор _____ / _____
М.П. Ф.И.О.

на обработку персональных данных для

Я _____

(фамилия, имя, отчество полностью пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я,_____паспорт: _____

_____, выдан: _____ являюсь

законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

_____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего полностью, год рождения)

_____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 N152-ФЗ "О персональных данных", статьи 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" **я подтверждаю свое согласие** на обработку **Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городской врачебно-физкультурный диспансер»** (191028, г. Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д.18) (далее по тексту - «Оператор») моих персональных данных, персональных данных представляемого мною лица (несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным) - _____ *(Ф.И.О.)* включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, страхового номера индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, (учебы, занятий спортом), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрических данных и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или – при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг, осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, направленного мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручения 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 мне до этого медицинской помощи. **Я даю согласие / не даю согласие** (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья представляемого мною лица (результаты дополнительных методов обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю Оператору высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

E-mail_____ **Телефон** _____

Подпись субъекта персональных данных
(или его законного представителя) _____ «____»_____ 20____г

медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств при получении медико-санитарной помощи

Я _____

(фамилия, имя, отчество полностью пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я,_____паспорт: _____

_____, выдан: _____ , являюсь

законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего:

_____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего полностью, год рождения)

_____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в СПб ГБУЗ ГВФД

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

1.Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2.Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3.Антропометрические исследования.
4.Термометрию.
5.Тонометрию.
6.Проведение пробы с физической нагрузкой.
7.Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
8. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
10. Лабораторные методы исследования.
11.Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, спирографию, по назначению врача, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирометрия, пикфлуометрия, эргоспирометрия, PWC 170, вариабельность сердечного ритма, электроэнцефалография.
12. По назначению врача рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенографию, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
13. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
14. Медицинский массаж.
15. Лечебная физкультура.
16.Проведение углубленного медицинского обследования, согласно требованиям Приказа Министерства здравоохранения РФ от 01.03.2016 г. №134-н в соответствии с этапом спортивной подготовки.

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка (моим), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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)

_____ _____ _____

(подпись пациента) *(Ф.И.О. пациента, контактный телефон)*

_____ _____ _____

(подпись) *(Ф.И.О. его законного представителя, контактный телефон)*

"___"_____ 20__ года

Расписался в моем присутствии Врач _____ _____

(Должность, Ф.И.О.) *(подпись)*