

СОГЛАШЕНИЕ № 15

об оказании услуг медицинского сопровождения детей в дошкольных образовательных учреждениях

п. Чегдомын

«15» января 2019 г.

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 13 п. ЦЭС городского поселения «Рабочий поселок Чегдомын» Верхнебуреинского муниципального района Хабаровского края (сокращенно – МБДОУ № 13) в лице исполняющего обязанности заведующего Дмитриевой Н.А., действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Верхнебуреинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Хабаровского края, в лице главного врача Музыка Елены Валериевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны,

совместно именуемые Стороны, заключили настоящее соглашение о нижеследующем.

1. Предмет соглашения

В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 5 ноября 2013 г. № 822н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях" (далее приказ № 822н), в целях создания благоприятных условий для ведения учебно-воспитательного процесса, снижения и предупреждения травматизма и заболеваемости среди учащихся:

1.1. Заказчик берет на себя обязательство по созданию условий для осуществления медицинской деятельности, а Исполнитель принимает на себя обязательства по медицинскому обслуживанию воспитанников МБДОУ № 13 (далее по тексту - дошкольное учреждение).

1.2. Медицинское обслуживание воспитанников осуществляется на территории Исполнителя по адресу: 682032, Хабаровский край, Верхнебуреинский район, п. ЦЭС, дом 12, (далее по тексту – медицинское учреждение) - (п. 10 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях").

2. Права и обязанности сторон

2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. Обеспечить явку учащихся и воспитанников общеобразовательного учреждения для проведения профилактических и оздоровительных мероприятий, согласно утвержденному графику.

Предоставить медицинскому работнику Исполнителя соответствующую документацию (списки обучающихся, медицинские карты вновь поступающих обучающихся и воспитанников, и другую документацию) для осуществления медицинской деятельности.

Назначить ответственного за явку учащихся и воспитанников учебного заведения в медицинское учреждение для проведения профилактических и оздоровительных мероприятий, а также за проведение совместной работы по ведению необходимой документации:

_____ (далее – ответственный).

2.1.2. Создавать условия для проведения комплексного оздоровления учащихся и воспитанников общеобразовательного учреждения.

2.1.3. Оснастить медицинский кабинет Исполнителя медицинским оборудованием и инструментарием, медицинскими изделиями, в соответствии с СанПиН 2.4.2.2821-10, утв. Главным государственным санитарным врачом РФ от 03.03.2011, и Приложению № 3 Приказа № 822н «Стандарт оснащения медицинского блока отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях», для проведения профилактических и оздоровительных мероприятий учащихся и воспитанников общеобразовательного учреждения (Приложение № 2).

2.1.4. Оснащение медицинского кабинета Исполнителя медицинским оборудованием и инструментарием, медицинскими изделиями производится Заказчиком по акту приема-передачи, подписанного обеими Сторонами.

2.1.5. В случаях возникшей необходимости при ухудшении здоровья учащихся и воспитанников общеобразовательного учреждения немедленно известить об этом Медицинского работника Исполнителя и вызвать скорую медицинскую помощь для доставления учащихся и воспитанников в медицинское учреждение в целях оказания им медицинской помощи.

2.1.6. Предоставить Исполнителю добровольные информированные согласия на медицинские процедуры от родителей (законных представителей) несовершеннолетних учащихся и воспитанников.(приложение № 1)

2.2. Исполнитель обязан:

2.2.1. Обеспечить медицинский блок лекарственными препаратами для медицинского применения.

2.2.2. Осуществлять медицинское обслуживание учащихся в соответствии с приказами министерства здравоохранения.

2.2.2.1. Проводить просветительскую работу с учащимися и воспитанниками по правилам гигиены и первым действиям в случае выявления признаков заболевания.

2.2.3. Проводить просветительскую работу с работниками Заказчика по вопросам соблюдения санитарно-эпидемиологических правил и нормативов.

2.2.4. Обеспечивать сохранность оборудования, инструментария, переданных по акту приемки-передачи.

2.2.5. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги несовершеннолетним, согласно существующим стандартам.

2.2.6. Проводить работу по составлению плана-графика медицинского обслуживания несовершеннолетних совместно с Заказчиком.

2.2.7. Ведет необходимую учетно-отчетную документацию.

3. Ответственность сторон.

3.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения сторонами обязательств, предусмотренных настоящим соглашением, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4. Прочие условия

4.1. Соглашение вступает в силу с момента подписания и действует до «31» декабря 2019 года.

4.2. Все изменения настоящего соглашения, равно как и приложений к нему, производится в установленном законом порядке по взаимному соглашению сторон.

Стороны обязуются в 10-ти дневный срок письменно извещать друг друга об изменении наименования сторон, всех реквизитов, организационно-правовой формы, ведомственной принадлежности, местонахождения организации, ликвидации предприятия и т.п., с предоставлением подтверждающих документов.

4.3. Спорные вопросы, возникающие при исполнении настоящего соглашения, решаются путем переговоров и оформляются в виде дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемыми частями настоящего соглашения.

4.4. Досрочное прекращение соглашения возможно по соглашению сторон. Одностороннее расторжение соглашения возможно по основаниям, предусмотренным действующим законодательством. Сторона инициатор досрочного расторжения соглашения должна известить об этом другую сторону письменно не позднее, чем за 10 дней до предполагаемого дня расторжения соглашения.

4.6. Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, по одному каждой из сторон.

5. Юридические адреса и реквизиты сторон:

Исполнитель:

КГБУЗ «ВЦРБ» МЗ ХК

Адрес: рп. Чегдомын, ул. Софийская, 2

ИНН/КПП 2710007893/ 271001001

Главный врач



Е.В. Музыко

МП

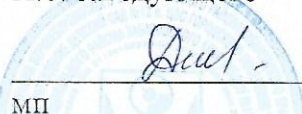
Заказчик

МБДОУ № 13 п. ЦЭС

Адрес: п. ЦЭС, дом 9

ИНН/КПП 2710010303/271001001

И.о. заведующего



Н.А. Дмитриева

МП

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК
ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

1. Я, нижеподписавшийся(аяся),

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя)
несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего
больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего
в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией
в возрасте старше 16 лет)

года рождения, настоящим подтверждаю то,

(указывается год рождения несовершеннолетнего
в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного
наркоманией в возрасте старше 16 лет)

что проинформирован(а) медицинским работником:

а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ “Об иммунопрофилактике инфекционных болезней” отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 “Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок”).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки,

(название прививки)

возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнений, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки

(название прививки)(добровольно отказываюсь от
проведения прививки)

(название прививки)

несовершеннолетнему

(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до
15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией
в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(аяся)

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя)
несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного
наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего
в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией
в возрасте старше 16 лет)

Дата _____

(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Медицинский
работник

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата _____