ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 15
ГОРОД ЕКАТЕРИНБУРГ»

ПРИКАЗ

«26» декабря 2025 г. **№617**

«О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в ГАУЗ СО ДГБ № 15 в 2026 году»

В соответствии с приказом МЗ РФ от 14.04.2025 г. № 211н «Об утверждении порядка прохождения профилактических осмотров, учетной формы №030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядке ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения №030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения», а также приказом МЗСО от 25.12.2025 г. №2431-п «О проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Свердловской области в 2026 году»,

Приказываю:

1.Утвердить форму «Лист профилактического осмотр несовершеннолетнего» (форма №1, форма №2) для детей

2. Назначить ответственной за организацию и проведение профилактических осмотров несовершеннолетних (организованных и неорганизованных) врачами-специалистами:

– заведующую отделением специализированной помощи и профилактических осмотров поликлиники №1 – О.Н. Закусилову

3. Назначить ответственными в поликлиниках за организацию и проведение профилактических осмотров несовершеннолетних, не посещающих образовательные учреждения (или посещающих негосударственные образовательные учреждения на территории Орджоникидзевского района), а также за работу врачей узких специалистов подразделения на профилактических медицинских осмотрах в организованных коллективах при необходимости:

– заведующую поликлиникой №1 – Л.А. Мухаметзянову

– заведующую поликлиникой №2 отделение №4 – М.Н. Габдорахманову

– заведующую поликлиникой №2 отделение №5 – Л.В. Старыгину

4. Назначить ответственными за организацию и проведение профилактических осмотров в ДДУ, школах и ВУЗ/СУЗ:

– заведующую отделением организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях №1 – А.Е. Дягилеву

– заведующую отделением организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях №2 – И.В. Шешегову

5. Утвердить состав бригад узких специалистов и график проведения профилактических осмотров среди неорганизованных детей и детей в организованных коллективах на период с 01.01.2026 по 30.11.26 **(приложение № 1,2, 3).**

6. Заведующим отделениями: ООМПНОО№1, ООМПНОО№2, поликлиникой № 1 (отд.1,2), поликлиникой № 2 (отд.4,5), отделением специализированной помощи и профилактических осмотров:

- обеспечить проведение медицинских осмотров в соответствии с «Порядком проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (приказ МЗ РФ от 14.04.2025 г. № 211н), и выполнение плановых объёмов проведения медицинских осмотров несовершеннолетних.
- обеспечить заполнение **в 2-х экземплярах** стандартизованной формы «Листа профилактического осмотра несовершеннолетнего» для детей с 1 года до 17 лет включительно (форма № 1) врачами, участвующими в профилактическом осмотре, для последующей передачи одного экземпляра в территориальные поликлиники в соответствии с «Порядком заполнения и обращения медицинской документации по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних в ГАУЗ СО ДГБ № 15»
- обеспечить заполнение учетных форм № 030-ПО/у «Карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» **в 2-х экземплярах** (один экземпляр хранится в поликлинике, второй-выдается законному представителю под роспись).
- обеспечить заполнение **в 1-ом экземпляре** стандартизованной формы «Листа профилактического осмотра несовершеннолетнего» для детей промежуточных возрастов (4,5,6,7,8,9,19,11, месяцев, 1г.3 месяца, 1г. 6 месяцев) (форма № 2) врачами, участвующими в профилактическом осмотре; все «Листы профилактического осмотра несовершеннолетнего» вклеиваются в медицинскую документацию – историю развития ребенка.
- в поликлиниках - обеспечить внесение полученных результатов профилактических осмотров из ООМПНОО №1,2,- в медицинскую документацию поликлиники (форму 112/у)
- обеспечить своевременное направление детей к участковому педиатру для проведения дообследования детей, у которых на профилактическом осмотре выявлена **впервые** какая-либо патология (в том числе функциональные нарушения).
- обеспечить своевременное взятие на диспансерный учет детей, у которых на профилактическом осмотре впервые выявлена патология, подлежащая взятию на диспансерный учет; внесение их в журнал «Паспорт участка», с заведением «Карты диспансерного наблюдения» (форма № 30 с контрольным талоном в бумажном и электронном виде); проведение лечения и наблюдения этих детей.
- обеспечить своевременное занесение данных учетных форм № 030-ПО/у «Карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» в «Единую информационную систему мониторинга диспансеризации»
- проводить проверку выполненных медицинскими работниками реабилитационных и лечебно-оздоровительных мероприятий по результатам профилактических осмотров

- еженедельно, каждую пятницу в срок до 12:00, предоставлять сведения о количестве случаев медицинских осмотров несовершеннолетних за прошедшую неделю аналитику кабинета статистики Шевченко О.В. для занесения в форму мониторинга оперативной информации: https://forms.yandex.ru/cloud/696725dbe010db16635ebf10
- ежемесячно, в срок до 01 числа месяца, следующего за отчетным предоставлять сведения о количестве завершенных случаев медицинских осмотров по отчетным формам – Заместителю главного врача по поликлинике Н.В. Сюзевой

6. Заведующей отделением лабораторной диагностики А.Л. Мироновой:
   - обеспечить проведение лабораторного обследования детей и подростков в декретированном возрасте
7. Заведующей отделением функциональной диагностики Н.А. Ивановской:
   - составить график проведения ЭКГ, детей и подростков в декретированные сроки – помесячно, с учетом плана осмотров.
8. Заведующему отделением лучевой диагностики и эндоскопии А.Е. Дильдину:
   - составлять график проведения УЗИ – исследований детей и подростков в декретированные сроки – помесячно, с учетом плана осмотров
9. Начальнику отдела информационных технологий и защиты информации Я.А. Минину:
   - обеспечить техническую поддержку при работе в МИС ЕЦП при заведении ТАП в реестр
10. Медицинскому статистику Г.М. Стефанюк:
    - обеспечить ежемесячное заполнение формы МДМУ №1734 до 25 числа отчетного месяца
11. Заместителю главного врача по поликлинике Н.В. Сюзевой:
    - ежемесячно, в срок до 05 числа месяца, следующего за отчетным, обеспечить передачу сведений в отдел лечебно-профилактической помощи матерям и детям в электронном виде (cozdepso@yandex.ru) о количестве завершенных случаев медицинских осмотров нарастающим итогом, согласно «Форме предоставления оперативной информации о завершенных случаях медицинских осмотров несовершеннолетних»
    - совместно с медицинским статистиком Г.М. Стефанюк обеспечить предоставление отчетной формы № 030-ПО/о -17 «Сведения о профилактических осмотрах несовершеннолетних» в детский отдел МЗ СО, в электронном виде - на E-mail: cozdepso@yandex.ru **- до 20 января 2027 г.**
12. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя главного врача поликлинике Н.В. Сюзеву.

Главный врач ГАУЗ ДГБ № 15 **Ю.А.Макарова**

Рассылка: в дело, Сюзевой Н.В., Боборыкиной А.Е., Герстнер Д.М.,Мельник Е.В., Минину Я.А., Д/п № 1(1,2), Д/п № 2(4,5), ООМПНОО №1,2, Заксиловой О.Н., кабинет статистики, ОЛабД, ОФД, ОЛДиЭ

Приложение №1

Состав бригад для профилактических осмотров неорганизованных детей в поликлинике на 2026 год

Отделение	Место проведения	Возраст	Бригада	ФИО врача	День проведения
Д/п № 1 отд. 1, отд. 2	Отделение специализированной помощи и профилактических осмотров ул. 40 лет октября, стр. 5	1 мес	Офтальмолог (каб. 343) Хирург (каб. 301)	Дмитриева О.И. Рычков П.Б.	третий четверг
		1 год, 3 года, 6, 7 лет	Невролог Офтальмолог Хирург/ортопед Стоматолог Оториноларинголог Гинеколог (для 6 лет по потребности) ОФД КДЛ	Ахмедова М.М. Дмитриева О.И Рычков П.Б., Кучмий Л.В., Константинов Д.В.,	первый вторник
				Токарева Л.И., Булгаков С.Е., Альтман Ю.А., Кучмий Л.В., Чебыкина О.В.	третий вторник
		3 мес	Невролог (каб.) Ортопед (каб. 301)	**отд. 1** Ахмедова М.М Хребтов А.П	второй вторник
				отд. 2 Токарева Л.И. Хребтов А.П.	четвертый вторник
Д/п №2 отд. 4, отд. 5	Д/п №2 отд.4 пр. Космонавтов, д.74	1 мес	Офтальмолог Хирург	Булгаков С.Е. Альтман Ю.С	третий четверг
	Д/п №2 отд.5 пер. Калиновский, д. 11			Волкова С.А. Паршина А.С.	четвертый четверг
	Отделение специализированной помощи и профилактических осмотров ул. 40 лет октября, стр. 5	1 год, 3 года, 6, 7 лет	Невролог Офтальмолог Хирург/ортопед Стоматолог Оториноларинголог Гинеколог (для 6 лет по потребности) ОФД КДЛ	Любина Т.Н., Булгаков С.Е., Паршина А.С., Кучмий Л.В., Чебыкина О.В.	второй вторник
				Петрова А.В. (Любина Т.Н), Волкова С.А., Паршина А.С., Кучмий Л.В., Фисенко А.Г.	четвертый вторник
	Д/п №2 отд.4 пр. Космонавтов, д.74	3 мес	Невролог Ортопед	**отд. 4** Петрова А.П. Власова Н.В.	второй вторник
	Д/п №2 отд.5 пер. Калиновский, д. 11			**отд. 5** Гайнуллина Н.Р. Воронов С.А	второй четверг

Приложение № 2

Состав бригад для профилактических осмотров организованных детей (школьники, дошкольники) и график осмотров

№ бри-гады	Состав бригады	Контингент	День профилактического осмотра	Место проведения, даты
Первое полугодие 2026				
№ 1	**1. Невролог** Токарева Л.И. **2. Офтальмолог** Дмитриева О.И. **3. Хирург (уролог, ортопед)** Рычков П.Б. **4. Гинеколог** Задворнова М.С. **5. Стоматолог** Кучмий Л.В. **6. Оториноларинголог** Чебыкина О.В. **7. Эндокринолог** Халилова Д.С. **8. КДЛ (ОАК,ОАМ)** **9. ОФД (ЭКГ)** **10. УЗИ брюшной полости**	**Школьники:** **15,16,17 лет (2009-2011 г.р.)**	**понедельник 08.00-14.00**	**Д/п №1** **Ул. 40 лет октября, стр. 5** Даты проведения по школам – согласно графику (приложения №3)
№2	**1. Невролог** Любина Т.Н. **2. Офтальмолог** Волкова С.А. **3. Хирург (уролог, ортопед)** Альтман Ю.А. **4. Гинеколог** Михайлова О.С. **5. Стоматолог** Кучмий Л.В. **6. Оториноларинголог** Константинов Д.В. **7. Эндокринолог** Халилова Д.С. **8. КДЛ (ОАК,ОАМ)** **9. ОФД (ЭКГ)** **10. УЗИ брюшной полости**		**пятница 08.00-14.00**	

доп.	**1. Невролог** **2. Офтальмолог** **3. Хирург (уролог, ортопед)** **4. Гинеколог** **5. Стоматолог** **6. Оториноларинголог** **7. Эндокринолог** **8. КДЛ (ОАК,ОАМ)** **9. ОФД (ЭКГ)** **10. УЗИ брюшной полости** фамильный список врачей-специалистов формируется заведующим отделением в зависимости от кадровой ситуации в день проф. осмотра		**четверг** **08.00-14.00**	
Второе полугодие 2026				
№ 3	**1. Невролог** Петрова А.В. **2. Офтальмолог** Дмитриева О.И. **3. Хирург (уролог, ортопед)** Паршина А.С. **4. Стоматолог** Кучмий Л.В. **5. Эндокринолог** Халилова Д.С.	**Школьники:** **10,12,13,14 лет (2012, 2013, 2014, 2016 г.р.)**	**понедельник** **08.00-14.00**	**Д/п №1** **Ул. 40 лет октября, стр. 5** Даты проведения по школам– согласно графику (приложение №3)
№ 4	**1. Невролог** Ахмедова М.М. **2. Офтальмолог** Волкова С.А. **3. Хирург (уролог, ортопед)** Альтман Ю.А. **4. Стоматолог** Кучмий Л.В. **5. Эндокринолог** Халилова Д.С.		**пятница** **08.00-14.00**	
доп.	**1. Невролог** **2. Офтальмолог** **3. Хирург (уролог, ортопед)** **4. Стоматолог** **5. Эндокринолог** фамильный список врачей-специалистов формируется заведующим отделением в зависимости от кадровой ситуации в день проф. осмотра		**четверг** **08.00-14.00**	

№5	**1. Невролог** Ахмедова М.М. **2.Офтальмолог** Волкова С.А. **3. Отоларинголог** Чебыкина О.В. **4.Хирург (уролог, ортопед)** Паршина А.С. **5. Стоматолог** Кучмий Л.В. **6. Гинеколог** Михайлова О.Д. **7. КДЛ (ОАК, ОАМ)** **8. ОФД (ЭКГ)** **9. УЗИ брюшной полости**	**Дошкольники 3,6,7 лет (2019, 2020,2023 г.р.)**	**среда с 09.00 -15.00**	**Д/п №1 ул. 40 лет октября, стр. 5** **январь февраль** 21.01.26 04.02.26 28.01.26 18.02.26 25.02.26 **март апрель** 04.03.26 08.04.26 18.03.26 15.04.26 25.03.26 22.04.26 29.04.26 **май июнь** 06.05.26 03.06.26 13.05.26 10.06.26 20.05.26 17.06.26 27.05.26 24.06.26 **сентябрь октябрь** 02.09.26 07.10.26 09.09.26 14.10.26 16.09.26 21.10.26 23.09.26 30.09.26 **ноябрь декабрь** 11.11.26 02.12.26 18.11.26 09.12.26 25.11.26
№6	**1. Невролог** Токарева Л.И. **2.Офтальмолог)** Дмитриева О.И. **3. Отоларинголог** Чебыкина О.В. **4.Хирург (уролог, ортопед)** Паршина А.С. **5. Стоматолог** Кучмий Л.В. **6. Гинеколог** Михайлова О.Д. **7. Врач педиатр** Козлова А.А. **8. УЗИ** **9. ОФД (ЭКГ, УЗИ сердца)** **10. КДЛ (ОАК,ОАМ)**	**Дети школы интерната**	**среда с 08.00 -14.00**	**В школе - интернате** 11 февраля 11 марта
№7	**1. Невролог)** Токарева Л.И. **2. Офтальмолог)** Дмитриева О.И.. **3. Отоларинголог** Константинов Д.В. **4. Хирург (уролог, ортопед)** Рычков П.В. **5. Гинеколог** Задворнова М.С. **6.Стоматолог** Кучмий Л.В. **7. Эндокринолог** Халилова Д.С. **8. УЗИ** **9. ОФД (ЭКГ, УЗИ сердца)** **10. КДЛ (ОАК,ОАМ)**	**опекаемые**	**Суббота с 08.00 – 14.00**	**Д/п № 1 Ул. 40 лет октября, стр. 5** 24 января 14 февраля 14 марта 11 апреля 16 мая 20 июня 8 августа 12 сентября 10 октября

	Бригада 1,2 по графику	**СУЗ 16, 17 лет**	**В дни школьных каникул**	**На базе медицинского блока СУЗ**

15 ДЕТСКАЯ
ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №15

ЛИСТ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (ф.1)

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
МДОУ № / СОШ №	
Свидетельство о рождении	серия _____ № _ _ _ _ _ _
СНИЛС	_ _ _ - _ _ _ - _ _ _ - _ _
Полис ОМС	_ комп.:
Место жительства фактическое	
Диспансерное наблюдение	состоит диагноз код МКБ группа здоровья: I II III IV V (нужное подчеркнуть) не состоит
Инвалидность	диагноз код МКБ установлена впервые (дата) дата последнего освидетельствования

Детский хирург	Дата в дополнительном обследовании и / или лечении: нуждается / не нуждается	подпись печать	**Невролог**	Дата в дополнительном обследовании и / или лечении: нуждается / не нуждается	подпись печать
Травматолог - ортопед	Дата в дополнительном обследовании и / или лечении: нуждается /не нуждается	подпись печать	**Офтальмолог**	Дата Офтальмоскопия в условиях мидриаза: в дополнительном обследовании и / или лечении: нуждается / не нуждается	подпись печать
Уролог - андролог	Дата P Ax Fa в дополнительном обследовании и / или лечении: нуждается / не нуждается	подпись печать	**Психиатр**	Дата в дополнительном обследовании и /или лечении: нуждается / не нуждается	подпись печать

Эндокринолог	Дата девочка: Р Ах Ма Ме мальчик: Р Ах Fa в дополнительном обследовании и/ или лечении: нуждается /не нуждается	подпись печать	Оториноларинголог	Дата в дополнительном обследовании и / или лечении: нуждается / не нуждается	подпись печать
Стоматолог	Дата в дополнительном обследовании и / или лечении: нуждается / не нуждается	подпись печать	Акушер - гинеколог	Дата Ах Р Ма Ме в дополнительном обследовании и / или лечении: нуждается / не нуждается	подпись печать

Выявлено заболеваний **из них впервые**

Педиатр	Дата ЧСС_____ уд. в мин, ЧД _____ в мин, АД _____ мм рт ст Рост_____ см (____;____SDS), вес _____кг (____;____SDS), ИМТ___кг/м^2 (____;____SDS) ФР: нормальное/ с нарушениями Категория: дефицит массы тела/избыток массы тела; низкий рост/высокий рост (нужное подчеркнуть, внести код МКБ) Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжёлое (нужное подчеркнуть) за счёт _____ кожный покров _____, зев _____ Дыхание _____, сердечные тоны _____ Живот _____, печень _____, диурез ____, стул _____.	Результаты исследований	ОАК ОАМ Исследование уровня холестерина ЭКГ УЗИ органов брюшной полости и почек Нейросонография УЗИ тазобедренных суставов Эхокардиография УЗИ щитовидной железы УЗИ репродуктивной сферы Исследование ВОАЭ

Вакцинация: привит по возрасту, не привит по медицинским показаниям: частично, полностью; не привит по другим причинам: полностью, частично; необходимо проведение вакцинации

Диагноз _____

_____

Код МКБ _____

Группа состояния здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть)

Медицинская группа для занятий физкультурой: I, II, III, IV, не допущен (нужное подчеркнуть)

Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой _____

_____

_____

Рекомендации по проведению диспансерного наблюдения, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению (включая диагноз заболевания (состояния)) и код МКБ _____

_____

направлен к (указать к какому специалисту)_____

Врач _____
(подпись) (фамилия и инициалы)

Заведующая (ий) подразделением _____
(подпись) (фамилия и инициалы)

Дата заполнения «_____» _____ 20 _____г. М.П.

15 ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №15

ЛИСТ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (ф.2)

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
МДОУ № / СОШ №	
Свидетельство о рождении	серия _____ № _ _ _ _ _ _
СНИЛС	_ _ _ - _ _ _ - _ _ _ - _ _
Полис ОМС	_ комп.:
Место жительства фактическое	
Диспансерное наблюдение	состоит диагноз код МКБ группа здоровья: I II III IV V (нужное подчеркнуть) не состоит
Инвалидность	диагноз код МКБ установлена впервые (дата) дата последнего освидетельствования

Педиатр	ЧСС_____ уд. в мин, ЧД _____ в мин, Т тела_____ С° Рост_____ см (____;____SDS), вес _____кг (____;____SDS), ИМТ___кг/м² (____;____SDS) **ФР:** нормальное/ с нарушениями Категория: дефицит массы тела/избыток массы тела; низкий рост/высокий рост (нужное подчеркнуть, внести код МКБ) **НПР:** I,II,III,IV группа (_____подгруппа)(нужное подчеркнуть) Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжёлое (нужное подчеркнуть) за счёт _____ _____ кожный покров _____, зев _____ Дыхание _____, сердечные тоны _____ Живот _____, печень _____, диурез ____, стул _____.	А зр.____мес, А сл.____мес, Эмоции____мес, До____мес, Др____мес, Ра____мес, Рп___ мес, Навыки____мес Окружность головы_____см Прибавка +_____ см Большой родничок Зубы Знак БЦЖ Вскармливание: естественное/смешанное/ искусственное (САС:_____) V=_____ мл/_____раз в день Прикорм:

Вакцинация: привит по возрасту, не привит по медицинским показаниям / другим причинам: частично, полностью;
необходима вакцинация:_____

Диагноз _____

_____

Код МКБ _____

Группа состояния здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть)

Рекомендации: режим_____ вскармливание Vсут=_____мл, Vраз_____мл/_____раз в день,
введение прикормов _____.

Колекальциферол _____ МЕ

Рекомендации по вакцинации_____

Направлен (указать специалиста, исследование) _____

Диспансерное наблюдение _____

Терапия _____

_____

Явка _____

Врач _____
(подпись) (фамилия и инициалы)

Дата заполнения «_____» _____ 20 _____г. М.П.