**Приказ министерства образования и молодежной политики Ставропольского края N 546-пр, министерства здравоохранения Ставропольского края N 01-05/247, министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края N 128 от 29.04.2015 "О мерах по выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ"**

В соответствии с пунктом 4 статьи 53.4 Федерального закона от 8 января 1998 года N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" и в целях реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 2014 года N 581н "О порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ" (далее - Приказ Минздрава России N 581н), приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 16 июня 2014 года N 658 "Об утверждении порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования" (далее - Приказ Минобрнауки России N 658) приказываем:

1. Министерству образования и молодежной политики Ставропольского края:

1.1. Организовать проведение:

1.1.1. Ежегодного социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях Ставропольского края, а также в профессиональных образовательных организациях, осуществляющих образовательные программы среднего профессионального образования, образовательных организациях высшего образования, находящихся в ведении Ставропольского края (далее - социально-психологическое тестирование, государственные образовательные организации).

1.1.2. Предварительной информационной и разъяснительно-мотивацинной работы среди обучающихся и их родителей (законных представителей) о необходимости раннего выявления потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также о порядке социально-психологического тестирования, определенного Приказом Минобрнауки России N 658.

1.1.3. Сбора сведений о добровольном информированном согласии или отказе (в письменном виде) родителей (законных представителей) обучающихся в возрасте до 15 лет, о добровольном информированном согласии или отказе в (письменном виде) обучающихся в возрасте старше 15 лет на проведение социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров обучающихся на предмет раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ по формам, указанным в приложениях 1 - 4 к настоящему Приказу.

1.2. Ежегодно, до 1 октября текущего года согласовывать с министерством здравоохранения Ставропольского края список общеобразовательных организаций Ставропольского края, государственных образовательных организаций в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ (далее - профилактические медицинские осмотры обучающихся).

1.3. Обеспечить необходимые условия в государственных образовательных организациях, подведомственных министерству образования и молодежной политики Ставропольского края, для проведения профилактических медицинских осмотров.

2. Министерству здравоохранения Ставропольского края по согласованию с министерством образования и молодежной политики Ставропольского края организовать проведение:

2.1. Ежегодных профилактических медицинских осмотров обучающихся, достигших возраста 13 лет, в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в соответствии с Порядком проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях Ставропольского края, а также в государственных образовательных организациях в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденным Приказом Минздрава России N 581н.

2.2. Предварительной профилактической информационно-разъяснительной работы среди обучающихся и их родителей (законных представителей) по вопросам незаконного потребления наркотических средств, психотропных веществ, а также о порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся.

3. Министерству труда и социальной защиты населения Ставропольского края:

3.1. Организовать проведение информационной и разъяснительной работы среди воспитанников и персонала государственных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации (далее - подведомственные учреждения), о необходимости раннего выявления потребления наркотических средств и психотропных веществ, о порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся, в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

3.2. Организовать работу по оформлению в установленном порядке согласия или отказа (в письменном виде) воспитанников в возрасте старше 15 лет либо законных представителей воспитанников в возрасте до 15 лет для участия в социально-психологическом тестировании, профилактических медицинских осмотров (приложения 1 - 4 к настоящему приказу).

4. Рекомендовать органам управления образованием городских округов и муниципальных районов Ставропольского края:

4.1. Создать в муниципальных общеобразовательных организациях условия для проведения социально-психологического тестирования, профилактических медицинских осмотров обучающихся.

4.2. Обеспечить проведение комплекса антинаркотических профилактических и информационных мероприятий среди обучающихся муниципальных общеобразовательных организаций и их родителей.

4.3. Организовать регулярное размещение в средствах массовой информации материалов по проведению социально-психологического тестирования, профилактических медицинских осмотров обучающихся как важной составляющей профилактики потребления наркотических средств и психотропных веществ.

5. Руководителям общеобразовательных организаций Ставропольского края, государственных образовательных организаций:

5.1. Назначать ответственных за организацию проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся ежегодно до 1 сентября.

5.2. Составить и утвердить поименные списки обучающихся, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, и в срок до 1 декабря текущего года обеспечить их направление в медицинскую организацию, проводящую профилактические медицинские осмотры.

5.3. Обеспечить конфиденциальность сведений, полученных в результате проведения социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров обучающихся.

6. Главным врачам медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края обеспечить:

6.1. Проведение ежегодных профилактических медицинских осмотров обучающихся, достигших возраста 13 лет, в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в соответствии с Порядком проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях Ставропольского края, профессиональных образовательных организациях, осуществляющих образовательные программы среднего профессионального образования, образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденным Приказом Минздрава России N 581н. В случае выявления в организме обучающегося в ходе предварительных химико-токсикологических исследований наркотических средств и/или психотропных веществ направлять биосреды в химико-токсикологическую лабораторию государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края "Краевой клинический наркологический диспансер".

6.2. Соблюдение принципов добровольности, конфиденциальности, врачебной тайны при проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся на употребление наркотических и психоактивных веществ в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Проведение необходимых профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий в отношении обучающихся и воспитанников, допускающих немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ.

6.4. Направление статистической информации о результатах проведенных профилактических медицинских осмотров в министерство здравоохранения Ставропольского края и государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края "Краевой клинический наркологический диспансер".

7. Приказ министерства здравоохранения, министерства образования, министерства социальной защиты населения Ставропольского края от 22 октября 2012 г. N 01-05/768/983-пр/428 "О ежегодном добровольном тестировании учащихся, студентов образовательных учреждений Ставропольского края, воспитанников и учащихся учреждений социального обслуживания населения на предмет раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ" признать утратившим силу.

8. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра образования и молодежной политики Ставропольского края Рудьеву Д.Г., заместителя министра здравоохранения Ставропольского края Кузьменко М.П., заместителя министра труда и социальной защиты населения Ставропольского края Кобыляцкого Н.Г.

9. Приказ вступает в силу со дня его подписания.

Первый заместитель министра образования и молодежной политики Ставропольского края Н.А.ЛАВРОВА

Министр здравоохранения Ставропольского края В.Н.МАЖАРОВ

Министр труда и социальной защиты населения Ставропольского края И.И.УЛЬЯНЧЕНКО

Приложение 1

к Приказу министерства образовани

я и молодежной политики Ставропольского края,

 министерства здравоохранения Ставропольского края,

 министерства труда и

 социальной защиты населения

 Ставропольского края

от 29 апреля 2015 г. N 546-пр/01-05/247/128

 Форма

 ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

 на проведение социально-психологического тестирования

 с целью раннего выявления немедицинского потребления

 наркотических средств и психотропных веществ

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество, полностью)

дата, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество, полностью)

являюсь законным представителем - мать, отец, усыновитель, опекун

 (нужное подчеркнуть)

попечитель ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество, дата и год рождения ребенка)

 Настоящим заявлением подтверждаю свое согласие на прохождение

тестирования и лабораторных исследований, а также, при необходимости,

лабораторных подтверждающих исследований образцов мочи, волос, консультаций

у врача психиатра-нарколога и других врачей-специалистов на предмет

установления факта немедицинского потребления наркотических средств и

психотропных веществ.

Я подтверждаю, что я получил(а) информацию о целях и процедуре

проведения тестирования и о своем праве отказаться от прохождения

тестирования.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

 20 года.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

или/Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Приложение 2

 к Приказу министерства образования

и молодежной политики Ставропольского края,

министерства здравоохранения Ставропольского края,

 министерства труда и социальной защиты населения

 Ставропольского края

от 29 апреля 2015 г. N 546-пр/01-05/247/128

 Форма

 ДОБРОВОЛЬНЫЙ ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ

 от социально-психологического тестирования

 с целью раннего выявления немедицинского потребления

 наркотических средств и психотропных веществ

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество, полностью)

дата, год рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лет

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество, полностью)

являюсь законным представителем - мать, отец, усыновитель, опекун,

 (нужное подчеркнуть)

попечитель ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество, дата и год рождения ребенка)

получил(а) в полном объеме сведения о целях и порядке проведения

тестирования. От тестирования я отказываюсь.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

или/Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Приложение 3

к Приказу министерства образования

и молодежной политики Ставропольского края,

министерства здравоохранения Ставропольского края,

министерства труда и социальной

защиты населения Ставропольского края

от 29 апреля 2015 г. N 546-пр/01-05/247/128

 Форма

 ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

 на проведение профилактического медицинского осмотра

 в целях раннего выявления немедицинского потребления

 наркотических средств и психотропных веществ

 (основание: ст. 13, 20, 22, 27 Федерального закона

 от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья

 граждан в Российской Федерации", Федеральный закон

 от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных")

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество, полностью)

дата, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество, полностью)

являюсь законным представителем - мать, отец, усыновитель, опекун,

попечитель

 (нужное подчеркнуть)

ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество, дата и год рождения ребенка)

 Настоящим заявлением подтверждаю свое согласие на прохождение

профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления

немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ,

которое включает сбор анамнестических сведений, медицинский осмотр врачом

психиатром-наркологом, предварительных и подтверждающих

химико-токсикологических исследований образцов мочи на предмет установления

факта немедицинского потребления наркотических средств и психотропных

веществ.

Я подтверждаю, что я получил(а) информацию о целях и процедуре

проведения профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления

немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ и о

своем праве отказаться от его прохождения.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

или/Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 4

 к Приказу министерства образования

 и молодежной политики Ставропольского края,

 министерства здравоохранения Ставропольского края,

министерства труда и социальной защиты

 населения Ставропольского края

 от 29 апреля 2015 г. N 546-пр/01-05/247/128

 Форма

 ДОБРОВОЛЬНЫЙ ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ

 от проведения профилактического медицинского

 осмотра в целях раннего выявления немедицинского потребления

 наркотических средств и психотропных веществ

 (основание: ст. 13, 20, 22, 27 Федерального закона

 от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья

 граждан в Российской Федерации", Федеральный закон

 от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных")

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество, полностью)

дата, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество, полностью)

являюсь законным представителем - мать, отец, усыновитель, опекун,

 (нужное подчеркнуть)

попечитель ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество, дата и год рождения ребенка)

 Получил(а) в полном объеме сведения о целях и порядке проведения

профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления

немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ. От

осмотра отказываюсь.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

или/Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_