



СПбГЭТУ «ЛЭТИ»
ПЕРВЫЙ ЭЛЕКТРОТЕХНИЧЕСКИЙ

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет
«ЛЭТИ» им. В.И. Ульянова (Ленина)»
(СПбГЭТУ «ЛЭТИ»)

ПРИКАЗ

29.03.2024

№ 00/0159



О флюорографическом обследовании обучающихся и работников университета



В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в СПбГЭТУ «ЛЭТИ» и реализации требований Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней", утверждённых постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 N 4, и других нормативных документов п р и к а з ы в а ю:

1. Провести очередное флюорографическое обследование **обучающихся и работников** университета силами медицинского персонала городской передвижной флюорографической станции, размещаемой на территории университета во дворе у входа в корпус №3, в **апреле 2024 г.** по следующему графику:

Понедельник	08 апреля 2024 г. - с 10.00 до 14.00
Вторник	09 апреля 2024 г. - с 10.00 до 14.00
Среда	10 апреля 2024 г. - с 10.00 до 14.00
Четверг	11 апреля 2024 г. - с 10.00 до 14.00
Пятница	12 апреля 2024 г. - с 10.00 до 14.00
Понедельник	15 апреля 2024 г. - с 10.00 до 14.00
Вторник	16 апреля 2024 г. - с 10.00 до 14.00
Среда	17 апреля 2024 г. - с 10.00 до 14.00
Четверг	18 апреля 2024 г. - с 10.00 до 14.00

2. Деканам факультетов и директору ИНПРОТЕХ, руководителям структурных подразделений университета обеспечить явку на флюорографическое обследование обучающихся и работников, подлежащих осмотру, а также контроль с **учетом обязательного прохождения профилактического медицинского осмотра в целях профилактики и раннего выявления туберкулеза лёгких с интервалом не реже одного раза в год.** Медицинские отводы, исключающие проведение рентгеновского обследования, должны быть документально подтверждены и зарегистрированы во Врачебном здравпункте.

3. Проректору по АХР Артемову В.А., учитывая высокую степень контактности в условиях проживания в общежитиях:

- обеспечить контроль за своевременным прохождением флюорографического обследования лиц, проживающих в общежитиях с целью профилактики и раннего выявления туберкулеза лёгких;

- незамедлительно направлять лиц, проживающих и находящихся в общежитиях, во Врачебный здравпункт университета по первому требованию врачей;

- в случае отказа от прохождения флюорографического обследования проживающими в общежитиях подготовить необходимые материалы для вынесения дисциплинарного взыскания (вплоть до расторжения договора найма).

4. Заведующей Врачебным здравпунктом Аксяновой Е.А.

- обеспечить во время работы передвижной флюорографической станции регистрацию лиц, проходящих обследование, в холле первого этажа корпуса №3;

- осуществить учет результатов флюорографического обследования обучающихся университета посредством электронной базы.

5. Начальнику управления корпоративных и внешних коммуникаций Гороховой А.И. совместно с начальником Управления по социальной политике Арсеньевым А.В., председателем профсоюзной организации студентов и аспирантов Федосовым Д.К., председателем профсоюзной организации работников Филатовым Ю.В., председателем студенческого совета Богдановой Д.В., обеспечить информационную поддержку профилактического мероприятия, проводимого с целью своевременного выявления туберкулеза.

6. Обучающимся и работникам университета для прохождения флюорографического обследования необходимо иметь при себе паспорт, а также следующие **заполненные бланки**:

- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение 1);

- согласие на обработку персональных данных (Приложение 2).

7. Начальнику УИТ Хахаеву И.А. обеспечить своевременное размещение информации о проведении флюорографического обследования на сайте университета на странице «Новости» в разделах «Воспитательная и социальная работа», «Студентам», «Сотрудникам», а также на главной странице сайта со ссылками на возможность скачивания Приложения 1 и Приложения 2 к настоящему приказу.

8. Начальнику дежурной службы Митрошину В.В. обеспечить беспрепятственный проезд передвижной флюорографической станции на территорию университета в период флюорографического обследования.

9. Главному инженеру Филончеву Ю.А. обеспечить подключение флюорографической передвижной станции к силовой сети университета.

10. Начальнику хозяйственного отдела Алексеевой Л.В. обеспечить организацию рабочего места для медперсонала в корпусе №3 для проведения регистрации.

11. Контроль за исполнением приказа возлагается на начальника Управления по социальной политике Арсеньева А.В.

Ректор



В.Н. Шелудько

Приказ разослать во все структурные подразделения университета.

Приложение № 1
к приказу СПбГЭТУ «ЛЭТИ»
от 29.03.2024 № 09/0159

Форма

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

_____ (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 (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ (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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения
«Городской противотуберкулезный диспансер»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским
работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 (не нужно зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

_____ (подпись)

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

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ (дата оформления)

Приложение № 2
к приказу СПбГЭТУ «ЛЭТИ»
от 29.03.2024 № ОР/0159

Форма

Согласие на обработку персональных данных

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо его представителя, СНИЛС)

(номер основного документа, удостоверяющего личность гражданина либо его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

В ОТНОШЕНИИ

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина при подписании согласия представителем)

(номер основного документа, удостоверяющего личность гражданина, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

(адрес регистрации по месту жительства гражданина)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон №152-ФЗ) даю свое согласие на обработку Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городской противотуберкулезный диспансер», находящемся по адресу: Санкт-Петербург, пр. Звездная ул., д. 12 и Санкт-Петербург, Старо-Петергофский пр., д. 8Б литер А (далее - Оператор) моих персональных данных / персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) (фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, адрес места пребывания, адрес регистрации по месту пребывания, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, номер полиса ОМС, полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), телефонные номера, сведения о месте работы, адрес места работы и занимаемой должности, данные, составляющие врачебную тайну, о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, а также иная указанная мною информация), в том числе на любые действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, на передачу персональных данных, в том числе с помощью медицинских/лабораторных/радиологических информационных систем и других программ для ЭВМ, другим медицинским организациям в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг.

Я осведомлен о том, что в соответствии со ст. 10 Закона №152-ФЗ Оператор имеет право обрабатывать специальные категории персональных данных в следующих целях: 1) обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно; 2) обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я осведомлен о том, что обработка Оператором персональных данных с иными целями может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я осведомлен о том, что Оператор при обработке персональных данных предпринимает все необходимые меры для обеспечения их защиты от несанкционированного доступа.

Я осведомлен о том, что согласно п. 5 ст. 21 Закона № 152-ФЗ, настоящее согласие может быть отозвано мной только посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно содержать паспортные данные, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе и может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

Я осведомлен о том, что в соответствии с п. п. 3, 4 п.2 ст. 10 Закона №152-ФЗ в случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор не сможет прекратить их обработку если обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц.

Настоящее согласие дано мной

и действует бессрочно.

(дата дачи согласия)

Подпись субъекта персональных данных