



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

Директору ГБУ СШ Центрального
района Санкт-Петербурга

Баранову М.Ю.

На № _____

КФКис
№ 01-19-170019-11-0
от 06.11.2019



Уважаемый Михаил Юрьевич!

В соответствии с Планом проведения СПб ГБУЗ «Городской врачебно-физкультурный диспансер» углубленного медицинского осмотра спортсменов в 2019-2020, согласованным с Комитетом по физической культуре и спорту 06.08.2019, 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 2019 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 человек	Категория занимающихся
06-08.05.2020 12-15.05.2020 18-22.05.2020 25-29.05.2020 03-04.06.2020 Время: с 8.00	Спортивная гимнастика, художественная гимнастика, акробатический рок-н-ролл, эстетическая гимнастика, дзюдо	по 10 чел. в день по 10 чел. в день по 10 чел. в день по 10 чел. в день по 10 чел. в день	Спортсмены от 1 спортивного разряда и выше, в т.ч. члены спортивных сборных команд Санкт-Петербурга

Отделение спортивной медицины № 3

(заведующий отделением – Дудкин Павел Юрьевич, т. 241-31-40 доб. 278)

Сроки и время начала обследования	Вид спорта	Количество человек	Категория занимающихся
19-20.03.2020 Время: с 9.30	спортивная гимнастика, художественная гимнастика, акробатический рок-н-ролл, эстетическая гимнастика, дзюдо, волейбол, ушу	по 10 чел. в день	Спортсмены до I спортивного разряда

В целях качественного проведения УМО прошу обеспечить явку в СПб ГБУЗ ГВФД спортсменов от I спортивного разряда и выше, спортсменов сборных команд Санкт-Петербурга по видам спорта в указанные в письме сроки и время (в связи с планируемым проведением клинико-лабораторных исследований в состоянии «натощак»). Для выполнения лабораторных исследований, в день прохождения УМО спортсмены, подлежащие УМО, должны предоставить в клинико-диагностическую лабораторию СПб ГБУЗ ГВФД пробу биологического материала (мочи) в контейнере.

УМО учащихся групп начальной подготовки и тренировочного этапа общей численностью спортсменов согласно представленной СШ Центрального района в 2019 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 человек	Категория занимающихся
10-12.03.2020 13.03.2020 16-18.03.2020 23-27.03.2020 30-31.03.2020 01-03.04.2020 06-07.04.2020 08-10.04.2020 13-17.04.2020 Время: с 13.00	спортивная гимнастика, художественная гимнастика, акробатический рок-н-ролл, эстетическая гимнастика, дзюдо, волейбол, ушу	по 15 чел. в день по 20 чел. в день по 20 чел. в день по 20 чел. в день по 20 чел. в день по 15 чел. в день по 20 чел. в день по 20 чел. в день	Занимающиеся в группах начальной подготовки, группах тренировочного этапа общей численностью спортсменов согласно представленной СШ Центрального района в 2019 году заявке

В целях качественного проведения УМО прошу обеспечить явку для прохождения УМО занимающихся групп начальной подготовки, тренировочного этапа в указанные сроки и время. Для выполнения лабораторных исследований, в день прохождения УМО спортсмены групп тренировочного этапа, должны предоставить в клинико-диагностическую лабораторию СПб ГБУЗ ГВФД пробу биологического материала (мочи) в контейнере.

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, отдельно по каждой категории спортсменов, оформленный в соответствии с приложением, и согласовать все вопросы по проведению обследования.

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

Повторное прохождение медицинского обследования спортсменов СШ Центрального района будет запланировано к проведению в сроки не ранее, чем через 6 месяцев от момента получения спортсменом медицинского заключения по УМО, в зависимости от результатов проведенного УМО и рекомендаций по допуску к занятиям по виду спорта.

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

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.

Информация о порядке проведения УМО и сведений, предоставляемых спортсменом (его законным представителем) размещена на официальном сайте СПб ГБУЗ ГВФД <http://gorvfd.ru/>, в разделе: «Спортсменам. Правила записи на углубленное медицинское обследование спортсменов». С информацией, можно, ознакомиться по ссылке: http://gorvfd.ru/sportsman/pravila-zapisi-na-uglublennoe-meditszinskoe_obsledovanijsportsmenov.

При явке на углубленное медицинское обследование спортсмен (его законный представитель) для оформления медицинской карты в регистратуре СПб ГБУЗ «Городской врачебно-физкультурный диспансер» представляет:

1. Документ, удостоверяющий личность:
 - паспорт гражданина РФ для лиц старше 14 лет.
 - свидетельство о рождении для лиц младше 14 лет.
 - паспорта родителя или законного представителя, сопровождающего ребенка до 14 лет.
2. Документ, подтверждающий спортивную квалификацию (квалификационную (зачетную) книжку спортсмена, удостоверение, подтверждающее спортивное звание).
3. Полис ОМС.
4. СНИЛС.
5. Карту развития ребенка (ф. 112у) и (или) медицинскую карту пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях (ф. 025у) (оригиналы или копии) или подробную выписку из ф.112у и (или) ф.025у содержащую сведения о перенесенных заболеваниях, травмах, диспансерном наблюдении.
6. Выписки из медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (стационаров) при наличии.
7. Результаты предыдущего углубленного медицинского обследования (при переводе из другого врачебно-физкультурного диспансера (в виде обменной карты).
8. Лица старше 15 лет результаты флюорографического исследования органов грудной клетки (ФЛГ) (срок проведенного исследования – не более 1 года с момента проведения исследования).
9. Оформленное «Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств при получении медико-санитарной помощи» с обязательным заполнением всех строк.
10. Оформленное «Информированное добровольное согласия пациента (его законного представителя) на обработку персональных данных с обязательным заполнением всех строк, подписанное спортсменом (в возрасте 15 лет и старше), родителями или его законными представителями.

В случае отсутствия обоих (одного) информированного согласия (п.п.9,10) или не полного их заполнения, спортсмену может быть отказано в проведении углубленного медицинского обследования.

11. Результаты ранее выполненных дополнительных медицинских исследований при их наличии (эхокардиографии, ультразвуковых исследований, электроэнцефалографии).

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.

Прошу организовать своевременное доведение информации по организации УМО, изложенной в настоящем письме, до спортсменов и сотрудников вверенного учреждения, в части их касающейся.

Приложения:

1. Образец оформления списка занимающихся, 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. Согласие на обработку персональных данных пациента на 1 л. в 1 экз.

**Заместитель
председателя Комитета**



М.В.Кежаева

ОБРАЗЕЦ

Список спортсменов, подлежащих прохождению углубленного медицинского обследования (УМО)
в СПб ГБУЗ «Городской врачебно-физкультурный диспансер» в 2019/2020

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.

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных для**

Я _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
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. ребенка 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 - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мною лица (несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным)

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 вручен 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 _____ Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.
(или его законного представителя)

**Информированное добровольное согласие
на медицинские вмешательства при получении медико-санитарной помощи**

Я _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
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. ребенка 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:

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, спирмографию, по назначению врача, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирмография, пикфлоуметрия, 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, внутрикочно.
14. Медицинский массаж.
15. Лечебная физкультура.
16. Проведение углубленного медицинского обследования согласно требованиям приказа МЗ РФ №134-н в соответствии с этапом спортивной подготовки.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящих мне (моему ребенку) обследований. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего обследования и лечения.

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, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах. Сообщила (сообщила) правдивые сведения о наследственности

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие проведение медицинского обследования.

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)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

" ____ " _____ 20 ____ года. Подпись пациента

Расписался в моем присутствии: Врач _____ (Должность, И.О. Фамилия) _____ (подпись)