

ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

83003, г. Донецк-3, пр.-т Ильича 14-И Тел.: (062)312-91-26, E-mail: minzdrav.dnr@mail.ru

ПРИКАЗ

«24» 10 2015 года

г. Донецк

№ 012.1/492

О проведении дополнительной
туровой иммунизации
против полиомиелита
детей до 5 лет на территории
Донецкой Народной Республики



С целью обеспечения высокого уровня популяционного иммунитета и предупреждения завоза вирусов полиомиелита на территорию Донецкой Народной Республики и дальнейшего их распространения, в соответствии с Законом Донецкой Народной Республики «Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения» от 06.06.2015 г. №I-123 П-НС, руководствуясь Указом Главы Донецкой Народной Республики № 393 от 20.10.2015 г., пунктами 11, 13 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики № 1-33 от 10.01.2015 г.,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму добровольного информированного согласия на проведение дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита или отказа от нее, прилагается.
2. Директору Департамента организации медицинской помощи населению Министерства здравоохранения ДНР Китик Л.И. до 03.11.2015 разработать тактику вакцинации детей при проведении дополнительной туровой иммунизации.
3. Начальникам управлений/отделов здравоохранения, руководителям учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики:

- 3.1. Обеспечить потребности учреждений здравоохранения в горюче-смазочных материалах для проведения дополнительной туровой иммунизации.
- 3.2. Осуществлять материально-техническое обеспечение мероприятий при проведении дополнительной туровой иммунизации.
- 3.3. В срок до 05.11.2015 подготовить списки детей, подлежащих дополнительной туровой иммунизации от полиомиелита.
- 3.4. Организовать контроль над актуальностью списков детей, подлежащих дополнительной туровой иммунизации от полиомиелита перед проведением каждого тура вакцинации.
- 3.5. Провести до 04.11.2015 рабочие совещания в учреждениях здравоохранения по вопросам организации и проведения дополнительной туровой иммунизации от полиомиелита.
- 3.6. Организовать дополнительные прививочные бригады (мобильные) и прививочные пункты для проведения дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита на базе учреждений здравоохранения и детских дошкольных учреждений в соответствии с требованиями санитарного законодательства. Предусмотреть их обеспечение кадрами и материальными ресурсами из расчета 1 врач и 2 медицинские сестры на одну бригаду.
- 3.7. Сведения о количестве созданных дополнительных прививочных бригад (мобильных) и прививочных пунктов для проведения дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита на базе учреждений здравоохранения и детских дошкольных учреждений направить на бумажных носителях в Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики в срок до 04.11.2015 года.
- 3.8. Назначить приказом по учреждению здравоохранения ответственное лицо за сбор, обобщение и подачу всех отчетных форм, разработанных Республиканским центром санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы и направить на электронных носителях контактные данные ответственного лица (Ф.И.О., должность, мобильный номер телефона) в Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики и в Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР в срок до 04.11.2015 года.
- 3.9. С момента начала туровой иммунизации обеспечить ежедневное предоставление до 12 часов 00 минут следующего дня отчетов в территориальное учреждение Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР.
- 3.10. Обеспечить проведение санитарно-просветительской, разъяснительной работы среди населения о необходимости проведения дополнительной туровой иммунизации от полиомиелита.
- 3.11. Организовать проведение профилактической работы с лицами, отказывающимися от дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита, а также анализа обоснованности оформления медицинских

отводов от дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита детям.

3.12. В срок до 06.11.2015 года провести инструктаж медицинских работников, принимающих участие в проведении дополнительной туровой иммунизации с учетом рекомендаций и нормативных правовых актов.

3.13. Организовать получение необходимого количества вакцин от полиомиелита на складе Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР и обеспечить необходимые условия «холодовой цепи» при хранении, транспортировке и использовании оральной и инактивированной полиомиелитных вакцин.

3.14. Обеспечить 95% охват дополнительной туровой иммунизацией против полиомиелита подлежащих детей.

3.15. Обеспечить, в дни проведения дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита, дежурства медицинского работника (медицинская сестра, врач) учреждения здравоохранения в детских дошкольных учреждениях, в штате которых не предусмотрена ставка медицинского работника, для проведения работы с родителями или другими законными представителями ребенка по разъяснению необходимости вакцинации против полиомиелита и заполнению добровольного информированного согласия на проведение дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита или отказа от нее.

3.16. Организовать и провести дополнительную туровую иммунизацию в Донецкой Народной Республике детей от 3 месяцев до 5 лет 11 месяцев 29 дней в три тура:

3.16.1. Первый тур иммунизации детей до 5 лет 11 месяцев 29 дней провести с 09.11.2015 по 18.11.2015.

3.16.2. Второй тур иммунизации детей до 5 лет 11 месяцев 29 дней провести с 07.12.2015 по 16.12.2015.

3.16.3. Третий тур иммунизации детей до 5 лет 11 месяцев 29 дней провести с 11.01.2016 по 20.01.2016.

3.17. Обеспечить проведение дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита в соответствии с тактикой вакцинации детей при проведении дополнительной туровой иммунизации.

4. Главному врачу Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР:

4.1. Обеспечить выдачу вакцин от полиомиелита учреждениям здравоохранения согласно их потребностям.

4.2. Обеспечить контроль за достоверностью планирования, учетом проведения прививок против полиомиелита и побочным действием вакцин, соблюдением условий «холодовой цепи» при хранении, транспортировке и использовании оральной и инактивированной полиомиелитных вакцин учреждениями здравоохранения Донецкой Народной Республики.

- 4.3. Обеспечить сбор и обобщение информации о ходе и результатах проведения дополнительной туровой иммунизации от полиомиелита из учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики с последующим информированием Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.
5. Республиканскому центру здоровья МЗ ДНР, городским центрам здоровья:
- 5.1. Разработать материалы для проведения информационной и санитарно-просветительской работы среди населения.
- 5.2. Организовать информирование населения о целях, сроках, необходимости и местах проведения дополнительной туровой иммунизации от полиомиелита всеми доступными способами.
6. Главному врачу Центральной городской больницы г. Харцызска организовать и обеспечить дополнительную туровую иммунизацию организованного детского населения в детских дошкольных учреждениях г. Иловайск.
7. Главному специалисту юридического сектора Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики Лопушанскому М.В. обеспечить предоставление данного приказа в Министерство юстиции Донецкой Народной Республики для его государственной регистрации.
8. Ответственность за исполнение приказа возложить на начальников управлений/отделов здравоохранения, руководителей учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.
9. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.
10. Настоящий приказ вступает в силу с момента опубликования и утрачивает силу 22 января 2016 года.

Министр



В. В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

24.10.15 № 012.1/492

**Добровольное информированное согласие
на проведение дополнительной туровой иммунизации против
полиомиелита или отказа от нее**

Я _____ года
рождения, проживающий (ая) по адресу _____
Я _____ являюсь _____ законным _____ представителем _____ ребенка
(Ф.И.О.ребенка)
_____ (дата рождения ребенка)
_____ (адрес проживания ребенка)

Подтверждаю, что проинформирован:

- а) о том что, полиомиелит (детский спинномозговой паралич) - острое вирусное заболевание, поражающее спинной мозг и приводящее в тяжелых случаях к полному параличу – отсутствию способности передвигаться, а также к летальным исходам.
- б) о том, что профилактические прививки – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- в) о том, что дополнительная иммунизация от полиомиелита, проводимая согласно Закона ДНР от 06.06.2015 №1-123П-НС «Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения» и действующего законодательства, - это кампания иммунизации, проводимая в 3 тура с интервалом 4 недели в дополнение к плановой иммунизации населения направленная на иммунизацию всех детей целевой группы от полиомиелита, независимо от ранее проведенных прививок от полиомиелита;
- г) о необходимости проведения профилактической прививки;
- д) о том, что в случае отказа от проведения дополнительной иммунизации, мой ребенок не сможет посещать дошкольное детское учреждение в течение 60 дней от момента проведения последнего тура вакцинации (в течение 5 месяцев с начала первого тура иммунизации);
- е) что, в случае посещения непривитым ребенком коллектива, где проводится массовая иммунизация живой оральной вакциной, существует высокий риск возникновения у непривитого ребенка вакциноассоциированного паралитического полиомиелита.

Мне понятен смысл и цели вакцинации.

К моменту вакцинации у ребенка нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).

Получив информацию о необходимости дополнительной туровой иммунизации от полиомиелита и возможных последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл терминов, и:

**Добровольно соглашаюсь на проведение дополнительной туровой
иммунизации от полиомиелита**

вакциной ОПВ/ИПВ (подчеркнуть) _____

**Добровольно отказываюсь от проведения дополнительной туровой
иммунизации от полиомиелита** _____

Я, нижеподписавшийся _____ (Ф.И.О.)

« _____ » _____ 201__ года

_____ (подпись)

Информацию предоставил _____ (должность)

_____ (Ф.И.О.)

« _____ » _____ 201__ года _____ (подпись)

Министр

В.В. Кучковой