

Договор № 10/23
об оказании медицинских услуг

пгт. Излучинск

«12» декабря 2023 г.

Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Излучинская общеобразовательная средняя школа № 2 с углубленным изучением отдельных предметов» (МБОУ Излучинская ОСШУИОП №2), именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице директора Африкян Татьяны Григорьевны, действующего на основании Устава с одной стороны, и бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская районная больница», именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице главного врача Шляхтиной Нины Анатольевны, действующего на основании Устава и лицензии № Л041-01193-86/00341579 от 23.01.2020г, с другой стороны, заключили настоящий договор («Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Учреждение обязуется предоставить Заказчику (далее по тексту - «детям»), медицинскую помощь определенного объема и качества в сроки, установленные настоящим Договором.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Учреждение обязано:

- 2.1.1. Оказывать детям, направленным Заказчиком в Учреждение, медицинские услуги в соответствии с лицензией, направлением Заказчика и условиями настоящего Договора.
 - 2.1.2. Оформлять необходимые для обслуживания детей документы по факту обращения детей за медицинской помощью.
 - 2.1.3. Обеспечивать надлежащий уровень оказания детям медицинских услуг. В случае невозможности оказания каких-либо медицинских услуг, выходящих за рамки специализации Учреждения, либо при необходимости длительного дорогостоящего обследования или лечения в других лечебных учреждениях, незамедлительно информировать об этом Заказчика.
 - 2.1.4. Оказывать следующие необходимые виды услуг при обслуживании детей:
 - оказывать консультационно-диагностическую помощь амбулаторно в лечебно-профилактических учреждениях района;
 - осуществлять осмотры учащихся и воспитанников медицинским работником;
 - проводить все необходимые диагностические и лечебные процедуры;
 - обеспечивать медикаментами, необходимыми для оказания услуг в стандартном объеме.
 - 2.1.5. Выдавать детям необходимую медицинскую документацию, связанную с выявленным у них заболеванием (листок временной нетрудоспособности, справки, выписной эпикриз).
 - 2.1.6. Своевременно известить Заказчика при невозможности оказания медицинской помощи и иных медицинских услуг в соответствии с настоящим Договором в течении 24 часов по тел. 28-23-15 с письменным подтверждением в течение 1 календарных дней.
 - 2.1.7. Посещать образовательное учреждение согласно графика согласованного с директором образовательного учреждения.
 - 2.1.8. Обеспечить наличие лекарственных препаратов для амбулаторной медицинской помощи в соответствии с Приложением №1 к настоящему договору.
 - 2.1.9. Своевременно предоставлять «Заказчику» сведения по итогам проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся с целью использования таковых при организации оздоровительных и реабилитационных мероприятий в условиях образовательной организации
- 2.2. Заказчик обязан:
- 2.2.1. Предоставлять Учреждению сведения о самочувствии детей, если оно вызывает подозрение о состоянии его здоровья.
 - 2.2.2. Предоставить Учреждению на безвозмездной основе помещений, соответствующих условиям и требованиям для осуществления медицинской деятельности, оборудованных

мебелью, оргтехникой и медицинскими изделиями согласно «Стандарту оснащения медицинского блока отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях»

2.2.3. Оказывать содействие медицинским организациям в проведении медицинских осмотров (скринингов) несовершеннолетних в период обучения и воспитания и оказании им первичной медико-санитарной помощи в плановой форме, в информировании несовершеннолетних и (или) их родителей (законных представителей) о проведении таковых, а также в оформлении информированных добровольных согласий (Приложение №2 к настоящему договору) на медицинское вмешательство или их отказов от медицинского вмешательства

2.2.4. Назначить ответственное лицо - работника образовательного учреждения:

- за предоставление в педиатрическое отделение БУ «Нижевартовская районная больница» и военный комиссариат города Нижневартовска и Нижневартовского района списков юношей для постановки на военный учет;

- для сопровождения воспитанников и обучающихся в БУ «Нижевартовская районная больница» с целью проведения профилактических осмотров и флюорографического обследования.

2.2.5. Организовать работу по гигиеническому обучению воспитанников и обучающихся, их законных представителей и работников образовательных учреждений.

2.2.6. Информировать учителей физической культуры об освобождении воспитанников и обучающихся от занятий, передача справок о заболеваемости медицинскому работнику.

2.2.7. Включать в состав комиссии по расследованию несчастных случаев медицинских работников БУ «Нижевартовская районная больница».

2.2.8. Незамедлительно информировать медицинских работников о возникновении травм у воспитанников и обучающихся и приглашение их для оказания первой медицинской помощи. В случае отсутствия медицинских работников воспитатели или педагоги оказывают первую помощь самостоятельно. Руководитель образовательного учреждения обязан вызвать бригаду скорой медицинской помощи и определить из числа работников образовательного учреждения лицо, сопровождающее воспитанника или обучающегося в учреждение здравоохранения, поставить в известность законных представителей воспитанника или обучающегося или же пригласить их в качестве сопровождающих.

2.3. Учреждение имеет право:

2.3.1. По предварительному согласованию с Заказчиком, привлекать специалистов других лечебных учреждений для оказания необходимых учащимся и воспитанникам видов помощи, за исключением экстренных видов помощи.

3. Порядок медицинского обслуживания

3.1. Медицинское обслуживание детей осуществляется в соответствии с режимом работы Учреждения.

3.2. Учреждение устанавливает характер и объем медицинской помощи, оказываемой детям.

4. Порядок разрешения споров

4.1. Стороны могут предъявлять взаимные претензии по фактам нарушения обязательств в течении всего действия Договора. До обращения в суд обязательно соблюдение претензионного порядка.

4.2. Претензия рассматривается в течении 10 дней с момента ее получения с обязательным проведением экспертизы.

4.3. При невозможности разрешить возникшие противоречия между Сторонами путем переговоров спор передается на разрешение Арбитражного суда города Ханты-Мансийска.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством.

6. Срок действия договора, изменение и прекращение договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с 01.01.2024 года и действует по 31.12.2024 года.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен или прекращен только по письменному соглашению Сторон, которое оформляется дополнительным соглашением, подписанным Сторонами и являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.3. Дополнительное соглашение, оформленное в соответствии с п.6.2., действует в течении срока действия настоящего Договора, если другое не предусмотрено в соглашении.

6.4. В случае досрочного расторжения Договора заинтересованная Сторона обязана известить другую Сторону письменно за 10 дней до предполагаемой даты расторжения договора.

7. Прочие условия

7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.2. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

7.3. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация: - о заболеваниях учащихся и воспитанников.

7.4. В случаях, не предусмотренных настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим гражданским законодательством.

7.5. В случае изменения юридического адреса, расчетного счета или обслуживающего банка Стороны обязаны в трехдневный срок уведомить об этом друг друга.

7.6. Приложение №1 и Приложение №2 является неотъемлемой частью данного договора.

8. Адреса и банковские реквизиты сторон

Заказчик:

МБОУ Излучинская ОСШУИОП № 2

Юридический (почтовый) адрес:

пгт. Излучинск, Школьная, 7
Нижневартовский район, ХМАО – Югра,
628634

ИНН 862009858

КПП 862001001

Тел. (3466) 28-39-59

Учреждение:

**БУ «Нижневартовская районная
больница»**

Юридический (почтовый) адрес:
628634, ХМАО-Югра, Нижневартовский
район, пгт. Излучинск, ул. Энергетиков, 2
ИНН 8620012804

КПП 862001001

Тел.: 28-23-15, 28-11-56

E-mail: dogovor_noy@mail.ru

Заказчик

Директор МБОУ Излучинская
ОСШУИОП №2


Т.Г. Африкян

Учреждение

Главный врач БУ «Нижневартовская
районная больница»


Н.А. Шляхтина

Перечень лекарственных препаратов для оказания неотложной медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Анафилактический шок

№ п/п	Лекарственный препарат	Лекарственная форма
1.	Адреналин 0,1%	раствор для инъекций
2.	Натрия хлорид, 0,9% раствор или раствор Рингера	раствор для инфузий, не менее 2 литров
3.	Гидрокортизон	раствор для внутривенного и внутримышечного введения
4.	Хлоропирамин	раствор для внутривенного и внутримышечного введения

Бронхообструктивный синдром / Обструктивный бронхит

№ п/п	Лекарственный препарат	Лекарственная форма
1.	Сальбутамол	раствор для ингаляций
2.	Фенотерол + ипратропия бромид	раствор для ингаляций

Обструктивный ларинготрахеит/синдром крупа/стеноз гортани

№ п/п	Лекарственный препарат	Лекарственная форма
1.	Будесонид	суспензия для ингаляций дозированная
2.	Дексаметазон	раствор для внутривенного и внутримышечного введения

Лихорадка

№ п/п	Лекарственный препарат	Лекарственная форма
1.	Парацетамол	суппозитории ректальные; порошок для приготовления раствора для приема внутрь или суспензия для приема внутрь
2.	Ибупрофен	суппозитории ректальные или суспензия для приема внутрь
3.	Папаверин	раствор для внутримышечного введения

Обезвоживание/Диарея/Рвота

№ п/п	Лекарственный препарат	Лекарственная форма
-------	------------------------	---------------------

1.	Регидрон	порошок для приготовления раствора для приема внутрь
2.	Ондансетрон	раствор для внутривенного и внутримышечного введения
3.	Натрия хлорид 0,9% раствор	раствор для инфузий

Гипогликемия

№ п/п	Лекарственный препарат	Лекарственная форма
1.	Декстроза, 10% раствор	раствор для внутривенного введения или раствор для инфузий
2.	Глюкоза, 20% раствор	20% раствор

Примечание: использовать декстрозу или глюкозу

Гипертонический криз

№ п/п	Лекарственный препарат	Лекарственная форма
1.	Каптоприл	таблетки

Обморок

№ п/п	Лекарственный препарат	Лекарственная форма
1.	Нашатырный спирт	Раствор

Носовое кровотечение

№ п/п	Лекарственный препарат	Лекарственная форма
1.	Гемостатическая коллагеновая губка	
2.	Перекись водорода, 3 % раствор	раствор

Гипергликемия

№ п/п	Лекарственный препарат	Лекарственная форма
1.	Натрия хлорид 0,9 % раствор	раствор для инфузий

Посиндромная терапия при различных острых состояниях

№ п/п	Лекарственный препарат	Лекарственная форма
1.	Лоратадин	Таблетки или сироп
2.	Хлоргексидип	раствор для наружного применения или раствор для местного и наружного применения
3.	Водорода пероксид	раствор для местного и наружного применения
4.	Этанол	раствор для наружного применения

5.	Атропин	раствор для инъекций
6.	Каптоприл	таблетки
7.	Фуросемид	раствор для внутривенного и внутримышечного введения или раствор для инъекций
8.	Лидокаин	раствор для инъекций
9.	Дротаверин	раствор для внутривенного и внутримышечного введения или раствор для инъекций
10.	Ксиломстазолин	спрей назальный или капли назальные
11.	Цефтриаксон	порошок для приготовления раствора для внутримышечного и внутривенного введения

Добровольное информированное согласие

г. _____

« ____ » _____ 20__ г.

Я,

Ф.И.О. (полностью), год рождения

Я, _____ паспорт: _____ _____ выдан: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____ (Ф.И.О. гражданина до 15 лет - полностью, год рождения)*

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст.22 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моим волеизъявлением, в понятной для меня форме, проинформирован(а) о предстоящем консультировании (включающем в себя медицинский осмотр, диагностическое обследование, организацию последующего лечения и реабилитации, в том числе оказание специализированной медицинской помощи), её целях и форме проведения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на поставленные мною вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть предстоящей процедуры, добровольно в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое согласие на проведение консультирования мне/лицу, законным представителем которого я являюсь.

Я информирован(а) о том, что в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о результатах консультирования составляет врачебную тайну, является конфиденциальной и не будет разглашена.

Также я информирован(а) о том, что в соответствии со ст. 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я несу полную ответственность за сохранение своего здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.

Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на проведение консультирования мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют

Подпись гражданина (законного представителя) _____

Фамилия, имя, отчество

Настоящий документ оформлен мной

Должность специалиста, фамилия, имя, отчество, подпись

* Этот раздел бланка заполняется только на граждан до 15 лет.

