

ОТДЕЛ ОБРАЗОВАНИЯ  
АДМИНИСТРАЦИИ ПЕТРОВСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА  
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

ПРИКАЗ

01 сентября 2021года

№ 375

г. Светлоград

Об организации проведения социально – психологического тестирования обучающихся общеобразовательных организаций Петровского городского округа Ставропольского края

В соответствии с приказом министерства образования Ставропольского края, министерства здравоохранения Ставропольского края от 31августа 2020 года №1029-пр / 01-25/893 «О реализации мер по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ», приказом министерства образования Ставропольского края от 24 августа 2021года №1458-пр «Об организации проведения социально – психологического тестирования обучающихся Ставропольского края»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Провести социально – психологическое тестирование обучающихся общеобразовательных организаций Петровского городского округа Ставропольского края с 15 сентября по 1ноября 2021 года в соответствии с Порядком деятельности образовательных организаций Ставропольского края по проведению социально – психологического тестирования обучающихся в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденным приказом министерства образования и молодежной политики Ставропольского края от 21.08.2017 года №1121-пр.

2. Муниципальному казенному учреждению «Центр развития и поддержки системы образования» (далее – МКУ ЦР и ПСО) организовать обучение специалистов общеобразовательных организаций Петровского городского округа Ставропольского края, осуществляющих непосредственное проведение социально – психологического тестирования и обработку данных, методике проведения тестирования с 15сентября 2021года.

3. Назначить муниципальным координатором проведения социально – психологического тестирования обучающихся общеобразовательных организаций Петровского городского округа Ставропольского края методиста МКУ ЦР и ПСО Попову М.Н.

4. Муниципальному координатору социально – психологического тестирования обучающихся общеобразовательных организаций Петровского городского округа Ставропольского края Поповой М.Н.:

4.1. Обеспечить конфиденциальность и невозможность несанкционированного доступа при хранении и использовании данных тестирования.

4.2. Осуществить обработку и анализ полученных от общеобразовательной организации Петровского городского округа Ставропольского края актов передачи результатов тестирования.

4.3. Обеспечить хранение заполненных актов тестирования в течение учебного года.

4.4. Осуществить передачу актов результатов тестирования в СКИРО ПК и ПРО в срок до 15 ноября 2021 года согласно приложению 2 к Порядку деятельности управления образованием к приказу министерства образования и молодежной политики Ставропольского края от 21.08.2017 года №1121-пр.

5. Руководителям общеобразовательных организаций Петровского городского округа Ставропольского края:

5.1. Назначить ответственных за обеспечение конфиденциальности и невозможности несанкционированного доступа при хранении и использовании данных тестирования (хранение списков обучающихся, согласий обучающихся и их родителей, доступ (логин и пароль) к базе данных по тестированию).

5.2. Создать комиссию по организации и проведению тестирования обучающихся из числа работников общеобразовательной организации, осуществляющих непосредственное проведение тестирования и обработки данных.

5.3. Утвердить приказ об организации проведения тестирования, определив ответственного исполнителя, создать комиссию, обеспечивающую организационно – техническое сопровождение тестирования в срок до 15 сентября 2021г. согласно приложение № 1 к Порядку деятельности образовательной организации к приказу министерства образования и молодежной политики Ставропольского края от 21.08.2017 года №1121-пр.

5.4. Утвердить календарный план проведения социально – психологического тестирования обучающихся, направленного на ранее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

5.5. Обеспечить информационно-мотивационную кампанию и разъяснительную работу с обучающимися, родителями (законными представителями) и педагогами для повышения активности участия и

снижения количества отказов от тестирования и медицинских осмотров обучающихся, направленных на раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ

5.6. Организовать работу по сбору сведений о добровольном информационном согласии или отказе (в письменном виде) родителей (законных представителей) обучающихся в возрасте до 15 лет, о добровольном информационном согласии или отказе (в письменном виде) обучающихся в возрасте старше 15 лет на проведение тестирования и медицинских осмотров обучающихся на предмет раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ по формам, указанным в приложении 1-4 к настоящему приказу, до 15 сентября 2021 года.

5.7. Утвердить поименные списки обучающихся общеобразовательной организации в соответствии с приложением 4 к Порядку деятельности образовательной организации к приказу министерства образования и молодежной политики Ставропольского края от 21.08.2017 года №1121-пр) участвующих в тестировании, с указанием возраста (количества полных лет), составленные по итогам получения от обучающихся либо от их родителей или законных представителей информированных согласий в письменной форме об участии в тестировании.

5.8. Обеспечить организационно – техническое сопровождение Комиссией проведения тестирования обучающихся, не достигших возраста пятнадцати лет, предусматривающее, в том числе пояснение по заполнению бланков тестирования (обработка и анализ информации, полученной в результате проведенного тестирования осуществляется в течение 30 календарных дней со дня тестирования).

5.9. Утвердить график проведения тестирования по классам в соответствии с рекомендацией организации – оператора.

5.10. Обеспечить проведение тестирования и обязательный обмен оперативной информацией с организацией-оператором, в том числе:

- получить коды доступа для сеанса тестирования в соответствии с рекомендациями организации-оператора;
- обеспечить техническую возможность проведения тестирования;
- организовать тестирование с использованием единой методики;
- осуществлять мониторинг за прохождением тестирования;
- заполнить отчетные формы по итогам тестирования в соответствии с рекомендациями организации-оператора.

5.11. Обеспечить обратную связь с обучающимися (родителями) по результатам тестирования.

5.12. Сформировать и утвердить списки обучающихся, давших добровольное информационное согласие для прохождения медицинских осмотров (в списки должны быть включены обучающиеся с повышенной вероятностью вовлечения (явная и латентная рискогенность), выявленных в ходе тестирования, состоящих на учете в правоохранительных органах и медицинских организациях, а также обучающиеся, которые

зарегистрированы в медицинских организациях, правоохранительных органах и комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав (острые отравления и др.)), в период до 1 декабря 2021 года.

5.13. Направить в ГБУЗ «Петровская РБ» списки обучающихся, давших добровольное информационное согласие для прохождения медицинских осмотров, в срок до 1 декабря 2021 года.

5.14. Утвердить план коррекционной и индивидуально-профилактической работы по результатам тестирования.

5.15. Обеспечить индивидуальное социально-психолого-педагогическое сопровождение обучающихся, выявленных по результатам тестирования, и имеющих высокую степень риска.

5.16. По итогам учебного года провести мониторинг эффективности индивидуального социально-психолого-педагогического сопровождения по каждому обучающемуся и дать рекомендации детям, родителям и педагогам.

5.17. Обеспечить хранение в течение года информационных согласий и бланков тестирования в условиях, гарантирующих конфиденциальность и невозможность несанкционированного доступа к ним.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Начальник отдела образования  
администрации Петровского  
городского округа Ставропольского края



Н. А. Шевченко

Приказ подготовлен методистом  
МКУ ЦР и ПСО

М.Н.Поповой

Приложение № 2  
к Порядку деятельности  
управления образованием  
к приказу министерства  
образования и молодежной  
политики Ставропольского края от  
21.08.2017 года №1121-пр

Министру образования и  
молодежной политики  
Ставропольского края  
Е.Н.Козюра

Акт

передачи результатов социально – психологического тестирования  
обучающихся на предмет раннего выявления немедицинского потребления  
наркотических средств и психотропных веществ

---

(наименование органа управления образованием)

за \_\_\_\_\_ Г.,

I. Установлено:

а) Общее число образовательных организаций, обучающиеся которых  
подлежат социально – психологическому тестированию:

всего \_\_\_\_\_

б) Общее число обучающихся, подлежащих социально-психологическому  
тестированию:

всего по списку \_\_\_\_\_

в) Общее число обучающихся, которые прошли тестирование:

всего \_\_\_\_\_;

г) Общее число обучающихся, которые не прошли тестирование

всего \_\_\_\_\_, в том числе по причине:

болезни \_\_\_\_\_

отказа \_\_\_\_\_

другие причины \_\_\_\_\_

Из общего количества \_\_\_\_\_ полученных результатов \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ %) человек могут быть отнесены к группе вероятного риска (ГР) вовлечения в поведение опасное для здоровья и нуждаются в профилактическом медицинском осмотре с целью уточнения ситуации по немедицинскому потреблению наркотических средств и психотропных веществ.

Результаты социально-психологического тестирования обучающихся на предмет раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

(наименование муниципального управления образованием)

№ п/п	Образовательная организация (юридический адрес, контактная информация, Ф.И.О. представителя, ответственного за тестирование)	Возраст	Общее количество обучающихся	Количество обучающихся, прошедших тестирование	
				Всего	ГР /(%)
Общеобразовательные организации					
1	(сводные данные по каждой школе)	13 лет и старше			

Руководитель органа управления образованием \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Приложение № 1  
к Порядку деятельности  
образовательной организации  
к приказу министерства  
образования и молодежной  
политики Ставропольского края  
от 21.08.2017 года №1121-пр

ПРИКАЗ

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021г.

№ \_\_\_\_\_

О создании комиссии по организации и проведению социально – психологического тестирования обучающихся, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

В связи с организацией и проведением социально-психологического тестирования (далее – тестирование) обучающихся в \_\_\_\_\_,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Создать комиссию по организации и проведению социально-психологического тестирования в 20\_\_г.
2. Утвердить состав комиссии:
  - председатель комиссии
  - заместитель председателя комиссии
  - ответственный секретарь
  - члены комиссии:
3. Назначить ответственного за проведение тестирования в общеобразовательной организации
4. Ответственному лицу (ФИО):
  - 4.1. Утвердить календарный план проведения тестирования.
  - 4.2. В срок до \_\_\_\_ организовать информационно-разъяснительную работу с родителями и обучающимися по проведению тестирования.
  - 4.3. В срок до \_\_\_\_ организовать проведение тестирования.
  - 4.4. В срок до \_\_\_\_ направить акт о результатах тестирования в орган управления образованием

Руководитель общеобразовательной организации \_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Приложение № 2  
к Порядку деятельности  
образовательной организации к  
приказу министерства образования  
и молодежной политики  
Ставропольского края от  
21.08.2017 года №1121-пр

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель образовательной организации  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Календарный план  
проведения социально-психологического тестирования обучающихся,  
направленного на раннее выявление немедицинского потребления  
наркотических средств и психотропных веществ  
в \_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

№ п/п	Класс, учебная группа	Дата проведения	Время начала проведения тестирования

Приложение № 4  
к Порядку деятельности  
образовательной организации  
к приказу министерства  
образования и молодежной  
политики Ставропольского края от  
21.08.2017 года №1121-пр

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель образовательной организации  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Список  
обучающихся

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

подлежащих социально-психологическому тестированию

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

№ п/п	Ф.И.О.	Количество полных лет	Примечание

Приложение 1  
к приказу министерства  
образования  
Ставропольского края,  
министерства  
здравоохранения  
Ставропольского края  
от 31.08.2010 г. № 1018-40/01-05/893

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

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

Приложение 2  
к приказу министерства  
образования  
Ставропольского края,  
министерства  
здравоохранения  
Ставропольского края  
от 21.07.2010 г. № 1028-18/01-01/2010

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 \_\_\_\_\_

Приложение 3  
к приказу министерства  
образования  
Ставропольского края,  
министерства  
здравоохранения  
Ставропольского края  
от 21.11.2011 г. № 1029-17/07-01/2013

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 РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ФЗ № 152 от 27.07.2006 г.)

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, попе  
(нужное подчеркнуть)

читель 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.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. обучающегося или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

Приложение 4  
к приказу министерства  
образования  
Ставропольского края,  
министерства  
здравоохранения  
Ставропольского края,  
от 01.08.20г. № 1029/01-01/2013

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 РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ФЗ № 152 от 27.07.2006 г.)

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 \_\_\_\_\_