

Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение Ростовской области
«Миллеровский казачий кадетский профессиональный техникум»



УТВЕРЖДАЮ:
Директор ГБПОУ РО «МККПТ»
С.И. Шарченко
приказ № 70 от 29 августа 2025 года

**Алгоритм
взаимодействия ГБПОУ РО «Миллеровский казачий
кадетский профессиональный техникум» и детских
врачей-психиатров при выявлении несовершеннолетних,
склонных к суицидальному поведению**

В соответствии с Законом Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 мая 1998 года № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисным состоянием и суицидальным поведением», а также в целях реализации Комплексной программы мер по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних Ростовской области

1. Руководителям территориальных органов здравоохранения необходимо:

1. При получении информации с места происшествия незамедлительно организовать оказание необходимой медицинской помощи несовершеннолетнему, совершившему суицидальную попытку.

2. Направить на обязательное освидетельствование врачом-психиатром в добровольном порядке, либо в соответствии с пунктом 1 статьи 24 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

3. Передавать информацию о случае суицида или суицидальной попытке начальнику территориального филиала государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Психоневрологический диспансер», в рамках утвержденного районирования, и главному внештатному специалисту министерства здравоохранения Ростовской области по детской психиатрии в течение суток с момента совершения суицида.

4. Незамедлительно оповещать территориальные отделы полиции Ростовской области, комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав о суицидальной попытке или суициде несовершеннолетнего.

5. Незамедлительно направлять в министерство здравоохранения Ростовской области оперативное сообщение о факте суицида/суицидальной попытке несовершеннолетнего по предложенной форме на эл.адрес: mzro3@yandex.ru и главному внештатному специалисту министерства здравоохранения Ростовской области по детской психиатрии на эл.адрес: pndrodetstvo@yandex.ru или psybelashevsv@mail.ru.

II. Районным врачам-психиатрам/детским психиатрам:

1. Осуществлять освидетельствование несовершеннолетнего, совершившего попытку суицида,

2. по запросу родителей/законных представителей несовершеннолетнего предоставлять информацию об итогах освидетельствования (заключение).

3. при установлении психиатрического диагноза освидетельствуемого принять меры по постановке на профилактический/диспансерный учет или организовать госпитализацию в специализированный стационар.

4. Организовать учет несовершеннолетних, освидетельствованных после совершения суицидальной попытки, а также несовершеннолетних, ранее состоявших на учете у врача-психиатра, с выявленной склонностью к суициду.

5. Консультировать по направлению администрации образовательной организации (Приложение 1) обучающегося с риском суицидального поведения и его родителей. В случае наличия сопровождающего от образовательной организации (педагога-психолога, либо ответственного за организацию профилактики суицидального поведения в образовательной организации) обсудить с ним стратегии сопровождения обучающегося.

6. В экстренных случаях (высокий риск суицидального поведения) осуществлять внеочередной прием несовершеннолетнего.

7. В отрывном талоне направления указывать код* в соответствии с выявленными особенностями поведения несовершеннолетнего.

8. Консультировать очно по предварительной договоренности педагогов-психологов (либо ответственных за организацию профилактики суицидального поведения в образовательной организации) по вопросам психолого-педагогического сопровождения несовершеннолетнего и его семьи в образовательной организации без сообщения диагноза (при условии наличия код 3 в отрывном талоне).

III. Администрации ГБПОУ РО «МККПТ»:

1. После совершения суицидальной попытки и при выявлении в образовательной организации несовершеннолетних с высоким риском суицидального поведения выдавать родителям (законным представителям) направление установленной формы (Приложение 1) на консультацию к районному врачу-психиатру/детскому психиатру с предварительным согласованием по телефону (Приложение 2) даты и времени посещения. Вести журнал учета выданных направлений.

2. При необходимости указывать в направлении ФИО педагога - психолога или ответственного за организацию профилактики суицидального поведения в образовательной организации (заместитель директора по воспитательной работе), осуществляющего сопровождение несовершеннолетнего.

3. Вместе с направлением на консультацию к районному врачу психиатру/детскому психиатру предоставлять психолого-педагогическое характеристику на обучающегося (Приложение 3).

4. Обеспечить конфиденциальность и неразглашение всех сведений о несовершеннолетнем, полученных от врача-психиатра, о чем уведомить под роспись сопровождающего в журнале учета выданных направлений.

5. Осуществлять контроль за предоставлением информации о факте посещения врача-психиатра/детского психиатра в недельный срок, следующий за назначенной датой посещения.

6. При необходимости (сохранение негативного эмоционального состояния) направлять на консультацию к районному врачу-психиатру/детскому психиатру повторно.

7. При отказе родителей несовершеннолетнего, с высоким риском суицидального поведения от посещения врача-психиатра/детского психиатра в недельный срок передавать данную информацию в территориальную Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав.

8. В ситуациях, когда несовершеннолетний получает отказ в приеме, либо возникают трудности при взаимодействии с врачом-психиатром в рамках реализации данного алгоритма, обращаться — министерство здравоохранения или главный внештатный детский врач-психиатр Ростовской области Бельшев С.В., тел. 8(863)244-39-31 или +7(928) 9077906.

9. В экстренных случаях при необходимости оказания срочной медицинской и/или психиатрической помощи вызывать скорую медицинскую помощь. Код* - цифры от 1 до 3, где 1 — без патологий; 2 — уровень психологической помощи, 3 — уровень врачебной помощи.

штамп учреждения

ГЛАВНОМУ ВРАЧУ (НАЧАЛЬНИКУ ФИЛИАЛА)
ГБУ РО «ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Исх.№ _____

От «_____» _____ 20__ г.

НАПРАВЛЕНИЕ.

(первично, повторно)

Направляется (Ф.И.О.) _____

сопровождении _____ В

Ф.И.О. психолога или заместителя директора

Дата рождения «_____» _____ 20__ г.

Обуч-ся (группа) _____

Проживающий по адресу _____

ФИО родителя (законного
представителя) _____

Согласен/не согласен на информировании о результатах консультации врача-психиатра
(нужное подчеркнуть)

_____ Пол гись родителя (законно[0 представителя])

Цель направления
(обоснование) _____

Назначенное время для посещения врача

Заместитель директора
(ответственный за профилактику суицидального поведения в 00)

_____ Подпись

Директор

_____ Подпись

МЛ.

_____ линия отреза

Отрывной талон к направлению № от «_____» _____ 20г.

Пациент (Ф.И.О., возраст) _____

Посетил кабинет психиатра^а «_____» _____ 20__ г.

Результаты консультации:

«

в случае письменного согласия родителя (законного представителя)

код 1 2 3

Повторная явка « » _____

Врачм.п.

Приложение 2

БЛАНК УЧРЕЖДЕНИЯ
Психолого-педагогическая характеристика
на обучающегося__ группы

Фамилия Имя Отчество,

. 20 гр.

—.

Общие сведения о ребенке (период обучения в данной 00)

Сфера нарушения адаптации:

сложности обучения

трудности усвоения норм поведения

Особенности взаимодействия и общения со сверстниками

Позиция учащегося в коллективе (социометрический статус, наличие друзей)

Особенности общения с педагогами

Характеристика эмоционального состояния в учебной ситуации (отношение к школе, к учебным успехам и неудачам)

Взаимоотношения в семье _____

Личностные особенности _____

Сфера наблюдаемых изменений (нужное подчеркнуть) внешний вид, прилежание/поведение/
общение! эмоциональное состояние/отношение к учебе/цели, ценности/интересы/высказывания

Директор _____

подпись

ФИО

Классный руководитель

подпись

ФИО

_____ / _____ МЛ.

