

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической педиатрии

**Организация работы медицинской сестры
в образовательных организациях**

Иваново 2022

УДК 614.253.52-053.2+373(073)
ББК: 51.1
О-641

Рецензенты:

заведующий кафедрой поликлинической педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Ю. А. Алексеева;

доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России Е. Е. Краснова

О- 641 Организация работы медицинской сестры в образовательных организациях: учебное пособие /Л. А. Жданова, С. И. Мандров, Г. Н. Нуждина, Л.К. Молькова, И.Е. Бобошко, А.В. Шишова, Т.В. Русова, А.А. Наумова. – Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2022. – 80 с.

Издание содержит сведения об организации работы медицинской сестры в дошкольных и общеобразовательных учреждениях. Пособие разработано в соответствии с актуальными нормативными актами. Адресовано студентам, может использоваться в практической деятельности медицинских сестер.

УДК: 614.253.52-053.2+373(073)

ББК: 51.1

О- 641

Утверждено центральным координационно-методическим советом ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности ПЕДИАТРИЯ 31.05.02 по дисциплинам «Сестринское дело» и «Поликлиническое дело в педиатрии»

© ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2022

СОДЕРЖАНИЕ	Стр.
<i>ВВЕДЕНИЕ</i>	4
<i>1. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ</i>	4
1.1 Функциональные обязанности медицинской сестры	5
1.2 Роль медицинской сестры в процессе адаптации детей к дошкольной образовательной организации	10
1.3 Участие медицинской сестры в организации профилактических медицинских осмотров	15
1.4 Роль медицинской сестры в организации питания детей в дошкольных образовательных организациях	24
1.5 Роль медицинской сестры в контроле за физическим воспитанием и закаливанием детей	25
1.6 Участие медицинской сестры в подготовке детей поступлению в школу	29
<i>2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ШКОЛЫ)</i>	30
2.1 Функциональные обязанности медицинской сестры школы	30
2.2 Контроль за состоянием здоровья и организация жизни детей в период адаптации к школе	32
2.3 Медицинский контроль физического воспитания	34
2.4 Профилактика травматизма на уроках физической культуры	35
2.5 Профилактика нарушений осанки и близорукости	37
2.6 Роль медицинской сестры в организации питания учащихся	38
2.7 Роль медицинской сестры в организации профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних	41
<i>ПРИЛОЖЕНИЯ</i>	41
<i>СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ</i>	76
<i>ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ</i>	77
<i>СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ</i>	80
<i>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</i>	81

ВВЕДЕНИЕ

Приоритетным направлением совершенствования здравоохранения на современном этапе является развитие первичной медико-санитарной помощи. Несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях (ОО), гарантируется оказание медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе стандартов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Контингент детей, посещающих ОО, называют «организованными» детьми. В связи с изменением микросоциальных условий на здоровье детей начинают влиять новые и биологические, и социальные факторы риска, которые могут привести к ухудшению их здоровья. В связи с этим медицинское сопровождение детей в ОО требует особого внимания.

Организационно-методическое руководство и контроль медицинского обеспечения детей как дошкольного так и школьного возраста в ОО осуществляет специальное отделение детской поликлиники – ***отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях.***

Цель деятельности отделения — профилактика заболеваний и оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний.

В структуре отделения предусмотрены:

- кабинеты, расположенные в поликлинике: кабинет заведующего отделением, кабинет старшей медицинской сестры отделения, кабинет врачей по гигиене детей и подростков, кабинеты врачей-специалистов и иные кабинеты;
- медицинский блок, расположенный на базе (территории) ОО.

Организация охраны здоровья несовершеннолетних в период обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, осуществляется этими организациями.

Организацию оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания, прохождения ими медицинских осмотров и диспансеризации, осуществляют органы исполнительной власти в сфере здравоохранения. Образовательная организация обязана предоставить безвозмездно медицинской организации помещение, соответствующее условиям и требованиям для осуществления медицинской деятельности.

1. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Медицинский блок дошкольной образовательной организации (ДОО) состоит из двух помещений: кабинета врача-педиатра (фельдшера) и медицинской сестры и процедурного кабинета.

Помещение для медицинского блока выделяет и обустривает ДОО в соответствии с установленными санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами для

осуществления медицинской деятельности. ДОО обеспечивает медицинский блок мебелью, оргтехниккой и медицинскими изделиями согласно стандарту оснащения (приложение № 1).

Штатными нормативами в ДОО для непосредственного наблюдения за детьми предусмотрена 1 должность медицинской сестры на 100 воспитанников.

1.1. Функциональные обязанности медицинской сестры

Медицинская сестра – активный помощник врача в медицинском наблюдении за детьми. На должность медицинской сестры, осуществляющей медицинское сопровождение «организованных» детей, назначается специалист, имеющий среднее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» и сертификат специалиста по специальности «Сестринское дело», «Сестринское дело в педиатрии».

Направления деятельности медицинских работников образовательных учреждений (табл.1) тесно связаны с направлениями деятельности детской поликлиники, но имеют свои особенности. Удельный вес профилактической работы в образовательных учреждениях безусловно преобладает.

1. Профилактическое направление включает следующие разделы работы:
 - контроль и выполнение государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов (СанПиН);
 - динамический контроль за здоровьем детей (медицинские профилактические осмотры);
 - вакцинопрофилактика;
 - контроль за течением адаптации и организация жизни детей в период адаптации;
 - проведение профилактических и оздоровительных мероприятий;
 - обучение и воспитание в сфере охраны здоровья
2. Лечебно-диагностическое направление:
 - медицинский уход за детьми, находящимися в изоляторе;
 - оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях (в т.ч. травмах), обострении хронических заболеваний
 - противоэпидемические мероприятия в случае выявления инфекционного заболевания.
3. Организационно-методическая работа:
 - работа с документацией;
 - составление плана работы;
 - анализ результатов работы;
 - повышение квалификации;
 - работа с младшими медсестрами;
 - внедрение в практику достижений науки и научной организации труда (НОТ).
4. Социально-правовая помощь.

Таблица 1

**Функциональные обязанности медицинской сестры
образовательных учреждений**

Функция	Дошкольное учреждение	Школа
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ		
Соблюдение САНПИН (часть мероприятий медицинская сестра контролирует, а часть — выполняет сама)	Контроль санитарно-гигиенического состояния всех помещений ДОО Групповые помещения - санитарное состояние всех помещений и прогулочных площадок - индивидуализацию постельных принадлежностей, полотенец, шкафов для одежды и другой мебели, горшков - обработка игрушек - соблюдение маркировки уборочного и кухонного инвентаря; Своевременное оформление заявок на дез.средства	Контроль санитарно-гигиенического состояния всех помещений
	Кухня	Классы (освещенность естественная и искусственная, расстановка парт, подбор парт соответственно возрасту) Состояние спортивной площадки, школьной территории
	Физкультурный зал	
	Хореографический зал	
	Бассейн	
	Санитарные помещения общего пользования	
	Кабинеты сотрудников	
	Коридоры, лестницы	
	Медицинский блок Кабинет врача и медсестры Процедурный кабинет Контролирует и выполняет требования СанПиН	
	- Ежедневный учет посещаемости (обход всех групп)	
	- Утренний прием	
Контроль организации жизни детей	- Соблюдение режима дня (утренняя гигиеническая гимнастика (УГГ), приём пищи, развивающие занятия, прогулки, сон)	Продолжительность уроков у школьников разного возраста, организация перемен, выполнение гигиенических требований к расписанию Прием справок и выполнение рекомендаций врача после болезни Контроль процесса адаптации в 1-м классе, к предметному обучению)
	- Прием детей после болезни (справки)	
	- Контроль процесса адаптации (контроль за течением адаптации по критериям, выполняемым педагогами и медицинскими работниками, организация жизни в период адаптации)	
	- Контроль готовности детей к поступлению в школу	

Функция	Дошкольное учреждение	Школа
Организация и контроль питания	- Составление меню раскладки - Выполнение норм питания - Бракераж сырой и готовой продукции - Суточная проба - Здоровье сотрудников пищеблока - Своевременность медосмотров сотрудников пищеблока (и всех сотрудников ДОО) - Организация питания в группах - Заполнение документации - Маркировка посуды - Мытье посуды и хранение чистой посуды	Особенности: не составляет меню (это обязанность заведующего производством) Дети принимают пищу в общей столовой Контроль запрещенных в школьном питании продуктов Остальное то же
Организация и контроль физического воспитания и закаливания	- Контроль разделения детей соответственно медицинским группам для занятий физкультурой - Контроль за освобождением от занятий после перенесенных заболевания (по рекомендации врача) - Контроль физкультурного занятия (посещаемость, форма, травмобезопасность оснащения, нагрузка (пульсовая кривая, общая и моторная плотность занятия) - Занятия на открытом воздухе - Заполнение документации (протокол физкультурного занятия) - Методическая помощь педагогам и контроль проведения ими физкультминуток (профилактика деформаций опорно-двигательного аппарата (ОДА), нарушений зрения) - Контроль физической подготовленности (ФП) (оценку ФП проводят педагоги) - Профилактика травматизма - Методическая помощь воспитателям по вопросам закаливания и контроль проведения закаливающих мероприятий	То же (за исключением закаливания)
Контроль организации трудового обучения	—	Наличие формы Освобождение от занятий детей, имеющих противопоказания (по рекомендации врача) Профилактика травматизма Наличие аптечки первой помощи

Функция	Дошкольное учреждение	Школа
Организация (участие) профилактических медицинских осмотров	- Составление списков детей, подлежащих профосмотру (по возрастному признаку) - Проведение скрининг-тестов - Осмотр на педикулез - Оформление документации - Проведение оздоровительных мероприятий - Проведение летней оздоровительной компании	То же Дополнительные скрининги (артериальное давление, биологический возраст, половое развитие)
Вакцинация	- Организация и Санитарно-гигиенические мероприятия в процедурном кабинете - Своевременное пополнение запаса вакцинальных препаратов с соблюдением холодовой цепи - План прививок на месяц - Сбор информированных согласий от родителей - Выявление показаний и противопоказаний к прививке - Термометрия в день вакцинации - Постановка прививки - Контроль состояния здоровья детей в постпрививочный период - Экстренное извещение на необычные реакции, осложнения на прививки - Оформление документации	То же Информированное согласие могут давать сами дети с 15 лет
Контроль обеспечения безопасности жизнедеятельности при любых видах организованной деятельности	- Крепеж мебели в группе, оснащения на прогулочной площадке, спортивного инвентаря в зале и на спортивной площадке. - Безопасность растений в группе и на игровой площадке. - Безопасное закаливание (температур воды, солнечные ванны). - Организация походов, спортивных соревнований, спортивных и др. праздников	Крепеж мебели в классах, кабинетах, спортивного инвентаря в зале и на спортивной площадке, безопасность растений в классах и на территории школы, организация походов, спортивных соревнований, спортивных и др. праздников
Обучение и воспитание в сфере охраны здоровья	Проведение просвещения соответственно возрасту - Дети - Воспитатели - Родители	Проведение просвещения соответственно возрасту - Дети - Учителя - Родители

Функция	Дошкольное учреждение	Школа
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ		
Лечебная работа	- Осмотр обучающихся при подозрении на острое заболевание, при травме и других отклонениях в состоянии здоровья - Контроль за состоянием детей, находящихся в изоляторе - Оповещение родителей, - Оказание доврачебной экстренной или неотложной помощи - Обеспечение транспортировки больного - Учет отсутствующих по болезни сотрудников	Нет изоляторов, учащийся наблюдается в медкабинете. Заболевший школьник не должен отпущаться домой один, должны быть оповещены родители, оказание доврачебной экстренной или неотложной помощи, обеспечение транспортировки
Организация и контроль выполнения противоэпидемических мероприятий	- При выявлении случая инфекционного заболевания организация противоэпидемических мероприятий (организация карантина: определение сроков, выявление контактных, организация наблюдения за контактными, текущая и заключительная дезинфекция, оповещение работников ОО, родителей, сигналы в СЭС, поликлинику (подача экстренного извещения). - Изоляция больного и уход за детьми, находящимися в изоляторе - Организация и контроль проведения текущей и заключительной дезинфекции - Приготовление дезинфицирующих растворов - Сбор и утилизация медицинских отходов	То же
ОРГАНИЗАЦИОННО- МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА		
	- Оформление заявок на медикаменты, бактериологические препараты, дезинфицирующие средства, медицинские инструменты и аппаратуры; - Учет, хранение, использование лекарственных средств и этилового спирта; - Участие в родительских собраниях - Ведение утвержденных форм учетной и отчетной медицинской документации;	То же

Функция	Дошкольное учреждение	Школа
	- Учет посещаемости воспитанников детского сада. - Взаимодействие с врачами-педиатрами участковыми, врачами-специалистами медицинских организаций, психологами и педагогами образовательных организаций; - Передача сведений ... для информирования органов внутренних дел об обучающихся, в отношении которых имеются основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий.	

1.2. Роль медицинской сестры в процессе адаптации детей к дошкольной образовательной организации

Наиболее ответственный период пребывания ребенка в дошкольном учреждении — поступление ребенка в образовательное учреждение — сопровождается увеличением контактов его с другими детьми и взрослыми, что, в свою очередь повышает возможность перекрестного инфицирования и учащения острой респираторной заболеваемости. Меняются режим дня, характер питания, система поведенческих реакций ребенка. Эти факторы обуславливают необходимость адаптации к новым условиям жизни с мобилизацией психических и физиологических механизмов, обеспечивающих данный процесс.

В целях облегчения адаптации детей к ДОО очень важно правильно организовать момент первичного поступления. Первичный прием ребенка проводится совместно врачом-педиатром (при его отсутствии — медицинской сестрой) и педагогом (воспитателем).

Медицинская сестра контролирует организацию и выполнение условий пребывания ребенка в группе. Ниже представлены правила ведения ребенка в период адаптации.

- Постепенно формировать группы вновь поступающими детьми.
- Обеспечить укороченное пребывание в дошкольном учреждении (2-3 ч); постепенно увеличивать это время (на 1-2 ч в день) в зависимости от поведения ребенка.
- Первые 1-2 дня ребенка надо покормить дома, до привода его в ясли, сад.
- Первые 1-2 дня допускается присутствие родителей, если ребенок сильно плачет и отказывается есть и спать.
- Разрешить привычный для ребенка способ кормления, укладывания на сон, если он отказывается от принятого в ДОО.
- Кормить осторожно, не настаивать в случае отказа от еды; информировать

родителей о необходимости дополнительного питания в домашних условиях.

- Чаще предлагать ребенку теплое питье в детском учреждении и дома, учитывая повышенное, как правило, мочеиспускание, слезоотделение.
- Обеспечить состояние теплового комфорта: одевать ребенка так, как он привык дома, следить за появлением симптомов охлаждения (холодные руки, нос, ноги) или перегревания (потливость лба, верхней губы, покраснение кожи лица).
- В первые дни организовать бодрствование вновь поступившего ребенка в стороне от детей до тех пор, пока он не проявит интерес и желание играть с ними. Организовать его деятельность ближе к воспитателю, чтобы ребенок мог общаться с ним каждые 2-3 мин. В случае необходимости иногда брать на руки на 1-2 мин с тем, чтобы успокоить и направить на игру.
- Чаще привлекать к любым занятиям, но если ребенок дает на них негативную реакцию, не заставлять его.
- Не проводить в ДОО медицинских манипуляций, которые могут вызвать отрицательные эмоциональные реакции у ребенка.
- Не применять специальных мер закаливания до полной адаптации.
- На физкультурных занятиях следить за реакцией ребенка, не настаивать на обязательном выполнении упражнений.
- Обеспечить психологический покой, ласковое обращение с ребенком.

Контроль за состоянием здоровья детей в период адаптации осуществляется с первых дней пребывания ребенка в ДОО. Медицинская сестра на каждого ребенка заводит «Лист наблюдения за адаптацией», первая страница которого заполняется педагогами-воспитателями; вторая страница — медицинскими работниками (приложение 2).

Медицинская сестра при участии воспитателя наблюдает за адаптацией детей по следующим критериям (табл. 2):

- 1) **динамика эмоционально-поведенческих реакций.** Воспитатель, наблюдая за ребенком в ходе адаптации, оценивают следующие поведенческие реакции:
 - сниженное настроение;
 - социальные контакты;
 - игровая деятельность;
 - познавательная деятельность;
 - дисциплина;
 - агрессия;
 - страх;
 - двигательная активность;
 - сон;
 - аппетит.

С помощью специальных шкал (приложение 4 и 5) он находят описание, соответствующее поведению конкретного ребенка, и выставляют баллы по каждой поведенческой реакции и сумму баллов (от –10 до +10 баллов) в «Лист наблюдения за адаптацией» в раздел учета эмоционально-поведенческих реакций. Контроль

эмоционально-поведенческих реакций проводится в ясельных группах ежедневно, у дошкольников — 1 раз в 3 дня, а именно на 3, 6, 9, 12-й день и так далее со дня поступления в ДОО.

- 2) возникновение симптомов пограничных нервно-психических расстройств (невротических реакций). Их активное выявление проводят посредством анкетирования родителей непосредственно в детском учреждении 1 раз в неделю (приложение 6).
- 3) определение уровня нервно-психического развития только у детей раннего возраста — психометрию 1 раз в 5-7 дней проводит медицинская сестра, а заключение делает врач.
- 4) динамика массы тела — медицинская сестра проводит измерение веса детей раннего возраста 1 раз в 3 дня, дошкольников — 1 раз в 5-7 дней.
- 5) контроль гемоглобина — медицинская сестра, анализируя динамику массы тела, выявляет детей, у которых происходит снижение массы тела в период адаптации или отсутствует тенденция к ее увеличению, а врач назначает исследование крови на гемоглобин.
- 6) частота острой респираторной заболеваемости, появление хронических заболеваний и число их обострений — медицинская сестра подсчитывает количество заболеваний по справкам, выдаваемых участковым врачом ребенку после перенесенного заболевания.

Таблица 2

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО КОНТРОЛЮ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
1. Проведите наблюдение за динамикой эмоционально-поведенческих реакций	«Шкала эмоционально-поведенческие реакции» (приложение 4, 5) Заполнение «Шкалы эмоционально-поведенческие реакции» проводит воспитатель на основании данных наблюдения за ребенком в ДОО и опроса родителей Лист адаптации (приложение 2)	В «Шкале эмоционально-поведенческие реакции» воспитателем/учителем выставляются баллы (от – 10 до +10 баллов): например I. Отрицательные эмоции -1 II. Гнев -1 III. Страх -2 IV. Познавательная деятельность -4 V. Положительные эмоции +1 VI. Социальные контакты +3 VII. Двигательная активность +5 VIII. Сон -5 <u>IX. Аппетит +3</u> Сумма = -1 В яслях оценку проводят ежедневно, у дошкольников — 1 раз в 3 дня. У школьников в 1 четверти — один раз в две недели, а во II, III, IV четвертях — в конце каждой четверти. Наблюдение за эмоционально-поведенческими реакциями проводят до стабилизации суммарной оценки на уровне не ниже плюс 40 баллов (две-три оценки). Медицинская сестра переносит сведения в лист адаптации, информирует врача о детях, имеющих длительную низкую суммарную оценку

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
2. Выявите пограничные нервно-психические расстройства	Анкета для выявления пограничных нервно-психических расстройств у детей (приложение 6) Лист адаптации (приложение 2)	Медицинская сестра проводит анкетирование родителей или с 5-го класса возможно анкетирование самих учащихся. В ДОО анкетирование проводится 1 раз в неделю, у первоклассников — в конце каждой четверти, при переходе к предметному обучению и далее — 1 раз в полугодие (в конце II и IV четвертей). Медицинская сестра или выдает анкеты родителям или школьникам на дом, или анкетировать их непосредственно в образовательном учреждении, затем отмечает в листе адаптации номера во-просов, на которые получен положительный ответ. Например: - Нарушение сна: -более длительный период засыпания -поверхностный беспокойный сон - разговаривает во сне - вскакивает во сне - Нарушение аппетита: - отказ от пищи - снижение аппетита Головные боли (указать время суток) - Боли в области сердца - Боли в животе (связаны ли с приемом пищи) - Повышенная потливость - Недержание мочи и кала - Заметная двигательная расторможенность, неуслдчивость - Появились «лишние» движения, т. е. неспособность сидеть спокойно даже при чтении, просмотре телевизионных передач - Стал менее внимательным, неспособным длительно концентрировать внимание - Появилась беспричинная раздражительность, грубость, стремление ударить Беспричинные колебания настроения (снижение настроения, повышенная плаксивость, вялость, другие) Беспричинные страхи (темноты, одиночества, страх животных, <u>ночные страхи</u>) - Повторяющиеся навязчивые движения: мигания, наморщивание лба, носа, движения головой в сторону, облизывание губ, хмыканье, покашливание, сосание пальца, кусание ногтей, подергивание волос, онанизм) Стремление к непослушанию, грубости (особенно в ответ на замечания), стремление сделать назло - Отказ разговаривать, уходить в ответ на замечания, отказ выполнять требования - Страх нового, чувство отчаяния, отказ от обычных желаний - Другие жалобы

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
3. Определите уровень НПР и его динамику.	Методическое пособие: Нервно-психическое развитие детей: прогнозирование и диагностика его нарушений: Учебное пособие (издание второе)/ Л.А. Жданова, Г.Н. с соавт. ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава – Иваново, 2006. – 147 с.	Медицинская сестра проводит психометрию только у детей раннего возраста один раз в 5-7 дней и вносит заключение , сделанное врачом, в лист адаптации.
4. Определите массы тела и ее динамику	Алгоритм измерения массы тела	Медицинская сестра проводит взвешивание: у детей раннего возраста — 1 раз в 3 дня, у дошкольников — 1 раз в 5-7 дней, у первоклассников — в конце каждой четверти, при переходе к предметному обучению и на III ступень обучения — в конце каждого полугодия (конец II и IV четвертей).
5. Получите сведения об уровне гемоглобина у ребенка	Бланк направления в поликлинику для обследования ребенка на уровень гемоглобина	Медицинская сестра выдает направление на анализ крови (по назначению врача), контролирует его выполнение, вписывает результат в лист адаптации.
6. Определите остроту зрения и ее динамику	Методика исследования остроты зрения с помощью таблиц Сивцева-Головина.	Медицинская сестра исследует остроту зрения у первоклассников — в конце каждого полугодия, а у подростков — в конце учебного года, вписывает результат в лист адаптации.
7. Оцените состояние опорно-двигательного аппарата	Тест для выявления нарушений осанки	Медицинская сестра проводит тест у первоклассников — в конце каждого полугодия, а у подростков — в конце учебного года, вписывает результат в лист адаптации.
8. Определите уровень артериального давления.	Методика измерения артериального давления (АД)	Медицинская сестра проводит измерение АД на первом году обучения в конце I и II полугодия, в период перехода детей к предметному обучению и на III ступень — 4 раза в год (в конце каждой четверти).
9. Выявите частоту острой заболеваемости, появление хронических заболеваний, число их обострений	Учет заболеваемости по справкам о перенесенных заболеваниях, результатам профилактических осмотров.	Медицинская сестра подсчитывает по справкам количество заболеваний, перенесенных за период адаптации, учитывает диагнозы вновь выявленных заболеваний. Вписывает данные в лист адаптации.
10. Оцените половое развитие.	Анкетирование	Медицинская сестра выдает анкеты школьникам в период перехода к предметному обучению и на III ступень в конце учебного года.
11. Оформите документацию.	Лист адаптации (приложение 2)	Медицинская сестра вносит результаты наблюдения за адаптацией с 2-го по 10-й критерии в раздел «Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей» «Листа наблюдения за адаптацией».

Медицинская сестра вписывает показатели перечисленных выше критериев в «Лист наблюдения за адаптацией» и еженедельно анализирует их, выделяя детей, имеющих отклонения по перечисленным выше критериям. Эти дети консультируются педиатром, а по показаниям — психологом и врачами-специалистами. Результаты обследования и назначенные мероприятия вносятся в «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000).

1.3. Участие медицинской сестры в организации профилактических медицинских осмотров

Профилактические осмотры проводятся в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для детей и их родителей.

Ежегодные профилактические медицинские осмотры включают доврачебный (на основе программы скрининг-тестов), педиатрический врачебный и специализированный этапы.

Скрининг-программа способствует раннему выявлению отклонений в состоянии здоровья на доврачебном этапе профилактического осмотра

Доврачебный этап проводится медицинской сестрой путем выполнения программы скрининг-тестов 1 раз в год перед врачебным этапом профилактического осмотра (табл. 3).

Программа скрининг-обследования включает:

- 1) анкетный тест-опрос родителей детей в возрасте от 3 лет. Опрос по формализованной анкете позволяет выявить жалобы со стороны разных органов и систем ребенка (приложение 7).
- 2) проведение антропометрии (приложения 8, 9).
- 3) измерение АД (приложения 10).
- 4) выявление нарушений осанки с помощью визуального исследования (приложение 11).
- 5) выявление уплощения стоп и плоскостопия с помощью плантографии (приложение 12).
- 6) исследование остроты зрения (приложение 13).
- 7) выявление предмиопии (склонности к близорукости) с помощью теста Малиновского (приложение 14).
- 8) выявление нарушений бинокулярного зрения с помощью теста Рейнеке (приложение 15).
- 9) выявление нарушений слуха с помощью шепотной речи (приложение 16).

Медицинская сестра вносит результаты скрининг-тестов в «Медицинскую карту ребенка» (форма 26/у).

**ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЙ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДОВРАЧЕБНОГО ЭТАПА
МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА**

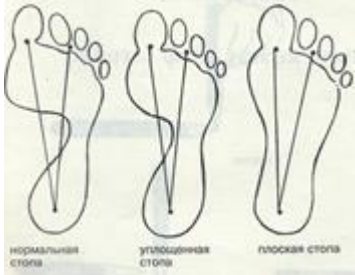
Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
1. Выявить у ребенка жалобы со стороны различных органов и систем	Опрос/анкетирование родителей с помощью формализованной анкеты (приложение 7)	Медицинская сестра через воспитателей раздает анкеты родителям, затем собирает заполненные анкеты и обводит кружком номера вопросов, на которые получен положительный ответ. Обработанные медсестрой анкеты отдаются врачу. Ребенок (ученик) Фамилия <u>Петров</u> Имя <u>Иван</u> Не <u>посещает</u> детское учреждение (подчеркнуть) Группа <u>3 садовая</u> Детсад <u>№ 10</u> Класс _____ Школа № _____ Уважаемые родители! Внимательно ознакомьтесь с содержанием анкеты и постарайтесь максимально точно ответить на вопросы. Эти сведения необходимы врачу для оценки состояния здоровья Вашего ребенка (Вашего состояния здоровья) и своевременного врачебного совета. Бывают ли: I. 1. Головные боли беспричинные, при волнении, после посещения детского сада, школы да нет 2. Слезливость, частые колебания настроения, страхи да нет 3. Слабость, утомляемость после занятий (в школе, детском саду, дома) да нет 4. Нарушение сна (долгое засыпание, чуткий сон, снохождение, ночное недержание мочи, трудное пробуждение по утрам) да нет 5. Повышенная потливость или появление красных пятен при волнении да нет 6. Головокружение, неустойчивость при перемене положения тела да нет 7. Обмороки да нет 8. Двигательная расторможенность (не может долго усидеть на месте) да нет 9. Навязчивые движения (теребит одежду, волосы, облизывает губы, грызет ногти, со-

		сет палец, часто мигает, заикается) II. 10. Боли, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, перебои да нет 11. Повышение артериального давления да нет III. 12. Часто насморк (4 и более раз в году) да нет 13. Часто кашель (4 и более раз в году) да нет 14. Часто потеря голоса (4 и более раз в году) да нет V. 15. Боли в животе да нет 16. Боли в животе после приема пищи да нет 17. Боли в животе до еды да нет 18. Тошнота, отрыжка, изжога да нет 19. Нарушения стула (запоры, поносы) да нет 20. Заболевания желудка, печени, кишечника да нет V. 21. Боли в пояснице да нет 22. Боли при мочеиспускании да нет VI. 23. Реакция на какую-то пищу, запахи, цветы, пыль, лекарства (отеки, затрудненное дыхание, сыпь) да нет 24. Реакция на прививки (сыпь, отеки, затрудненное дыхание) да нет 25. Появления экссудативного диатеза (покраснение кожи, шелушение, экзема) да нет Дата заполнения <u>1.09.21</u> Подпись заполнявшего <u>Петров</u> Обобщение результатов Заключение (предварительное) I. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, II. 10, 11 III. 12, 13, 14 IV. 15, 16, 17, 18, 19, 20 V. 21, 22 VI. 23, 24, 25 По результатам опроса медсестра и врач отбирают детей, нуждающихся в дополнительных исследованиях и консультации специалистов (невролога, отоларинголога, ревматолога, гастроэнтеролога, нефролога, аллерголога).
--	--	---

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
2. Провести антропометрию	Вертикальный ростомер, медицинские весы (приложения 8, 9)	Измерение длины тела. Ребенок встает ногами на площадку ростомера спиной к шкале. Его тело должно быть выпрямлено, руки свободно опущены, стопы сдвинуты. Голова устанавливается так, чтобы нижний край глазницы и верхний край козелка уха находились в одной горизонтальной плоскости. Обследуемый должен касаться шкалы тремя точками: межлопаточной областью, ягодицами и пятками. Необходимо следить за тем, чтобы он не прислонялся затылком к стойке ростомера. Подвижная планка ростомера плотно, но без надавливания прижимается к голове. Длина тела отсчитывается от нижнего края планки по правой шкале ростомера. Точность измерения длины тела — до 0,5 см. Измерение массы тела Определение массы тела необходимо проводить всегда в одно и то же время, лучше утром натощак после мочеиспускания и дефекации. Перед взвешиванием весы устанавливаются горизонтально и уравниваются. Ребенок должен входить на площадку весов и сходить с нее при неподвижном коромысле. При взвешивании обследуемый становится на середину площадки весов, стоит спокойно. Точность измерения — до 100 г.
3. Измерить артериальное давление	Измерение АД у детей аускультативным методом (приложение 10)	Измерение АД должно проводиться в тихой, спокойной обстановке при комфортной температуре. Во время измерения пациент должен сидеть, опираясь на спинку стула, с расслаблением, не скрещенными ногами, не изменять положения тела и не разговаривать на протяжении всей процедуры. Детям до 2-летнего возраста измерения АД проводятся в лежачем положении. Алгоритм измерения АД. - Измерить рост ребенка. - Определить процентильную группу по росту в соответствии с полом. - Используется надлежащий размер манжеты в зависимости от плеча: ширина (40 % от окружности плеча) и длина (4×8см, 6×12см, 9×18см, 10×24см, чтобы манжета покрывала 80-100% окружности плеча). - Манжетка накладывается так, чтобы центр резиновой камеры был размещен над плечевой артерией на внутренней поверхности плеча, а нижний край манжетки был на 2-2,5 см выше локтевого сгиба.

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
		- Плотность наложения манжетки определяется возможностью пропускания одного-двух пальцев между манжеткой и поверхностью плеча. Резиновые трубки, которые соединяют манжетку с манометром, должны быть размещены медиально (на внутренней поверхности плеча). - Рассчитать среднее значение САД и ДАД на основании трехкратного измерения АД, проведенного с интервалом 2-3 мин. - Сопоставить полученные результаты с 90-м и 95-м процентилем АД, соответствующим полу, возрасту и росту. Оценка АД: Плод: 60/70–30/35; месячный возраст 85/40; к 1 году 95/50; в дальнейшем повышение САД на 2 мм.рт.ст. в год, а ДАД - на 0,5–1 мм.рт.ст., следовательно, АД в подростковом возрасте приближается к уровню АД взрослых. Измерять артериальное давление (АД) рекомендуется в одни и те же часы после 10-15 минутного отдыха, трехкратно с интервалом в 3 мин. Измерение проводится тонометром. Манжета тонометра должна соответствовать возрасту (равна 1/2 окружности плеча). Ширина манжеты: - до 1 года 3,5 – 7 см; - 2 – 4 года 4 – 9 см; - 4 – 7 лет 6,5 – 13 см; - до 10 лет 8,5 – 15 см. Алгоритм действий: <i>Выполнение.</i> 1. Объяснить (ребёнку) родственникам цель и ход процедуры. Получить согласие. 2. Ребёнок лежит либо сидит у стола. 3. Рука расслаблена, расположена ладонью вверх, плечо находится под углом к поверхности опоры (в положении сидя). 4. Воздух из манжеты должен быть удален. Зазор между манжетой и поверхностью плеча 1-1,5 см (должен входить один палец). 5. Манжета накладывается на плечо на 2 см выше локтевого сгиба. 6. Соединить тонометр с манжетой. Закрыть вентиль на груше. Фонендоскоп приложить в локтевом сгибе на проекцию плечевой артерии.

		7. Воздух нагнетать постепенно до уровня, превышающего на 20 мм.рт. ст тот уровень, Воздух нагнетать постепенн до уровня, превышающего на 20 мм.рт. ст тот уровень, при котором исчезает пульс на плечевой артерии. 8. Открыть клапан тонометра, выслушать появление первого удара, а затем последнего удара пульса, что будет соответствовать максимальному и минимальному артериальному давлению.																																								
4. Выявить нарушения осанки	Осмотр (приложение 11)	Медицинская сестра осматривает ребенка последовательно и отвечает на 10 вопросов тестовой карты, подчеркивая «да» или «нет» Тестовая карта для выявления нарушений осанки <table><tr><td>1</td><td>Явное повреждение органов движения, вызванное врожденными пороками, травмой, болезнью</td><td>Да</td><td>Нет</td></tr><tr><td>2</td><td>Голова, шея отклонены от средней линии, плечи, лопатки, таз установлены несимметрично</td><td>Да</td><td>Нет</td></tr><tr><td>3</td><td>Выраженная деформация грудной клетки - грудь «сапожника», впалая, «куриная»</td><td>Да</td><td>Нет</td></tr><tr><td>4</td><td>Выраженное увеличение или уменьшение физиологической кривизны позвоночника: шейного лордоза, грудного кифоза, поясничного лордоза</td><td>Да</td><td>Нет</td></tr><tr><td>5</td><td>Сильное отставание лопаток («крыловидные» лопатки)</td><td>Да</td><td>Нет</td></tr><tr><td>6</td><td>Сильное выступание живота (более 2-х см от линии грудной клетки)</td><td>Да</td><td>Нет</td></tr><tr><td>7</td><td>Нарушение осей нижних конечностей (О-образные или Х-образные)</td><td>Да</td><td>Нет</td></tr><tr><td>8</td><td>Неравенство треугольников талии</td><td>Да</td><td>Нет</td></tr><tr><td>9</td><td>Вальгусное положение пяток или пятки (ось пятки отклонена наружу) во время стояния</td><td>Да</td><td>Нет</td></tr><tr><td>10</td><td>Явные отклонения в походке: прихрамывающая, «утиная» и др.</td><td>Да</td><td>Нет</td></tr></table> По результатам анкетирования выделяются три группы детей: 1 группа – дети с нормальной осанкой, если получены - отрицательные ответы на все вопросы;	1	Явное повреждение органов движения, вызванное врожденными пороками, травмой, болезнью	Да	Нет	2	Голова, шея отклонены от средней линии, плечи, лопатки, таз установлены несимметрично	Да	Нет	3	Выраженная деформация грудной клетки - грудь «сапожника», впалая, «куриная»	Да	Нет	4	Выраженное увеличение или уменьшение физиологической кривизны позвоночника: шейного лордоза, грудного кифоза, поясничного лордоза	Да	Нет	5	Сильное отставание лопаток («крыловидные» лопатки)	Да	Нет	6	Сильное выступание живота (более 2-х см от линии грудной клетки)	Да	Нет	7	Нарушение осей нижних конечностей (О-образные или Х-образные)	Да	Нет	8	Неравенство треугольников талии	Да	Нет	9	Вальгусное положение пяток или пятки (ось пятки отклонена наружу) во время стояния	Да	Нет	10	Явные отклонения в походке: прихрамывающая, «утиная» и др.	Да	Нет
1	Явное повреждение органов движения, вызванное врожденными пороками, травмой, болезнью	Да	Нет																																							
2	Голова, шея отклонены от средней линии, плечи, лопатки, таз установлены несимметрично	Да	Нет																																							
3	Выраженная деформация грудной клетки - грудь «сапожника», впалая, «куриная»	Да	Нет																																							
4	Выраженное увеличение или уменьшение физиологической кривизны позвоночника: шейного лордоза, грудного кифоза, поясничного лордоза	Да	Нет																																							
5	Сильное отставание лопаток («крыловидные» лопатки)	Да	Нет																																							
6	Сильное выступание живота (более 2-х см от линии грудной клетки)	Да	Нет																																							
7	Нарушение осей нижних конечностей (О-образные или Х-образные)	Да	Нет																																							
8	Неравенство треугольников талии	Да	Нет																																							
9	Вальгусное положение пяток или пятки (ось пятки отклонена наружу) во время стояния	Да	Нет																																							
10	Явные отклонения в походке: прихрамывающая, «утиная» и др.	Да	Нет																																							

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
		2 группа – дети с незначительными нарушениями осанки, если получены положительные ответы на один или несколько вопросов - 3, 5, 6, 7. Эти дети остаются под наблюдением врача-педиатра. 3 группа - дети, с выраженными нарушениями осанки, если получены положительные ответы на вопросы 1, 2, 4, 8, 9, 10 (один или несколько). Дети данной группы направляются на консультацию к ортопеду.
5. Выявить состояние стоп	Плантография по методу В.А. Яралова-Яралянца (приложение 12)	Медицинская сестра выполняет плантографию и на полученных отпечатках стоп проводит следующие линии: - первая линия соединяет середину пятки со вторым межпальцевым промежутком; - вторая линия соединяет середину пятки с серединой основания большого пальца.  По результатам плантографии выделяется три группы детей: 1 группа - дети с нормальной стопой, если контур отпечатка стопы в срединной части не перекрывает две выше обозначенные линии; 2 группа – дети с уплощённой стопой, если первая линия внутри отпечатка; 3 группа – дети с плоской стопой, если обе линии расположены внутри контура отпечатка стопы. Дети с уплощенной и плоской стопой должны быть направлены на консультацию к ортопеду.
6. Исследовать остроту зрения	Таблица с картинками Орловой для исследования остроты зрения у дошкольников, аппарат Рота (приложение 13)	Действия медицинской сестры: - Помещает таблицу в аппарат Рота – специальный ящик с зеркальными стенками и осветителем (для освещения применяется лампа накаливания 40 вт), таблицу следует поместить на такую высоту, чтобы нижний край знаков был на уровне глаз ребенка. - Усаживает ребенка на стул на расстоянии 5 м от таблицы. - В начале определяет остроту зрения при обоих открытых глазах, затем каждого глаза в отдельности.

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля
		- Для раздельного обследования один глаз загороживается непрозрачной пластинкой из пластмассы, картона (размером приблизительно 10х15 см), специальным «язычком» таким образом, чтобы внутренний край его находился на средней линии носа (не давил на глаз), прикрывать глаз рукой или накладывать повязку не разрешается. - При исследовании надо показывать вразбивку, без лишней поспешности, начиная с 10-й строчки таблицы (острота зрения равна 1,0). - Аналогичный принцип следует сохранять и при показе картинок других строк (если ребенок называет часть или все картинки 10-й строки неправильно). - Если ребенок не видит или допускает ошибки в чтении распознавании картинок 9-10-й строк, то его надо направить к офтальмологу.
7. Выявить предмиопию	Тест Малиновского (приложение 14) очки в детской оправе с линзами +1Д, Дпр=56-58 мм)	Медицинская сестра проводит тест детям с нормальной остротой зрения. После определения остроты зрения к глазу ребенка 6-8 лет с нормальной остротой зрения подносится линза +1 Д (используя очки в детской оправе с линзами +1 Д, Дпр=56-58 мм) и вновь определяется острота зрения обычным способом (каждый глаз обследуется раздельно при закрытом щитком другим глазе). Оценка результатов: ребенок читает правильно через линзу каждым глазом буквы 9-10-й строк –тест Малиновского отрицательный, т.е. – нормальная возрастная рефракция.
8. Выявить нарушение бинокулярного зрения	Теста Рейнеке (приложение 15) Заточенные карандаши	Медицинская сестра дает ребенку заточенный карандаш и просят его, смотря двумя глазами, опустить кончик карандаша на заточенный конец другого карандаша, который держит в горизонтальном положении сама медицинская сестра. <u>Оценка результатов:</u> при наличии бинокулярного зрения ребенок легко совмещает концы карандашей.

Указания к действию	Средства	Критерии самоконтроля			
9. Выявить нарушение слуха	Исследование слуха шепотной речью (приложение 16)	Примерная таблица слов для определения слуха			
		Низкие тоны (звуки)		Высокие тоны (звуки)	
		Слова	Цифры	Слова	Цифры
		кукла		час	
			два		шесть
		молот		чай	
		ухо		чаща	
			двадц ь два		шестнадцать
		пол		щи	
		урок		сама	
			три		шестьдесят ше ь
		окно		сажа	
		ум		чиж	
			тридцать три	дача	
		двор		шея	
		мороз		яма	
		море		статья	
		пора		стая	
		овощ		щека	
		овод		и др.	
		лампа			
		и др.			
		Медицинская сестра произносит слова с одинаковой интенсивностью (ребенок не должен видеть артикуляции губ произносящего слова). Сначала определяется острота слуха одного уха (другое ребенок закрывает ладонью), затем второго. При проведении исследования в помещении должна соблюдаться полная тишина. <u>Оценка результатов:</u> если ребенок правильно повторяет слова, произнесенные шепотом на расстоянии 6 м, то острота слуха нормальная			
10. Оформить медицинскую документацию	Уч.форма 026/у				

1.4. Роль медицинской сестры в организация питания детей в дошкольных образовательных организациях

Организация питания направлена на обеспечение здоровья детей и предотвращение возникновения и распространения инфекционных (и неинфекционных) заболеваний и пищевых отравлений.

Медицинская сестра дошкольного, контролирует составляет меню условия хранения и сроки реализации продуктов, следит за правильностью кулинарной обработки и закладкой в котел продуктов, выходом блюд, вкусовыми качествами пищи.

Питание должно быть организовано в соответствии с примерным меню, утвержденным руководителем дошкольной образовательной организации, рассчитаным не менее чем на 2 недели, с учетом физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для детей всех возрастных групп.

Меню составляется в соответствие с рекомендуемым ассортиментом основных пищевых продуктов для использования в питании детей в ДОО (приложение 17).

Для предотвращения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в ДОО недопустимо использовать некоторые пищевые продукты и блюда (приложение 18).

Для обеспечения разнообразного и полноценного питания детей в ДОО и дома родителей информируют об ассортименте используемых продуктов в питании ребенка вывешивая ежедневное меню в каждой группе. В ежедневном меню указывают наименование блюда и объем порции, а также варианты замены блюд для детей с пищевыми аллергиями и сахарным диабетом.

Медицинская сестра участвует в приеме пищевых продуктов и продовольственного сырья в ДОО, так называемый, бракераж сырой продукции, который осуществляют при наличии документов, подтверждающих их качество и безопасность. Не допускают к приему пищевые продукты с признаками недоброкачества, а также без сопроводительных документов, подтверждающих их качество и безопасность, не имеющие маркировки, в случае если наличие таковой предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Ежедневно перед началом работы медицинская сестра проводит осмотр работников, связанных с приготовлением и раздачей пищи. Результаты осмотра заносят в журнал здоровья сотрудников пищеблока.

Не допускают к работе на пищеблоке и в групповых пунктах раздачи питания и накрыванию на столы лиц с ангинами, катаральными явлениями верхних дыхательных путей, гнойничковыми заболеваниями рук, заболевших или при подозрении на инфекционные заболевания.

При наличии у работников пищеблока порезов, ожогов они могут быть допущены к работе при условии их работы в перчатках.

Контроль соблюдения температурного режима в холодильном оборудовании медицинская сестра осуществляет ежедневно, занося результаты в журнал учета температурного режима в холодильном оборудовании, который хранится в течение года.

Выдача готовой пищи осуществляется после снятия пробы. Оценку качества

блюдо проводит бракеражная комиссия, в ее состав должны входить не менее трех человек, в том числе медицинский работник (обычно — медицинская сестра), сотрудник пищеблока и представитель администрации образовательного учреждения. Результат регистрируется в «Журнале бракеража готовой кулинарной продукции». При выявлении нарушений в технологии приготовления пищи блюдо не допускается к выдаче до устранения недостатков.

Непосредственно после приготовления пищи отбирают суточную пробу готовой продукции (все готовые блюда):

- порционные блюда — в полном объеме;
- холодные закуски, первые блюда, гарниры и напитки (третьи блюда) — в количестве не менее 100 г;
- порционные вторые блюда, биточки, котлеты, колбасу, бутерброды и т.д. оставляют поштучно, целиком (в объеме одной порции).

Еженедельно или раз в 10 дней медицинская сестра контролирует выполнение среднесуточной нормы выдачи продуктов на одного ребенка и при необходимости проводит коррекцию питания в следующей декаде. Подсчет основных пищевых ингредиентов по итогам накопительной ведомости проводит медицинская сестра раз в месяц (подсчитывает калорийность, количество белков, жиров и углеводов).

1.5. Роль медицинской сестры в контроле за физическим воспитанием и закаливанием детей

Физическое воспитание детей в ДОО направлено на улучшение здоровья и физического развития, расширение функциональных возможностей детского организма, формирование двигательных навыков и качеств.

Медицинская сестра ежемесячно контролирует проведение утренней гимнастики, физкультурного занятия, подвижных игр, закаливающих мероприятий и постоянно контролирует санитарно-гигиеническое состояние мест проведения занятий (помещение, участок), физкультурного оборудования, спортивной одежды и обуви; проводит санитарно-просветительную работу среди персонала и родителей по вопросам физического воспитания и закаливания дошкольников.

Организованные формы двигательной активности должны включать:

- утреннюю гимнастику;
- физкультурные занятия в помещении и на воздухе;
- физкультурные «минутки»;
- подвижные игры;
- ритмическую гимнастику.

Физкультурные занятия для дошкольников проводят не менее трех раз в неделю. Одно из трех физкультурных занятий для детей в возрасте 5-7 лет следует круглогодично проводить на открытом воздухе. Его проводят только при отсутствии медицинских противопоказаний и наличии спортивной одежды у детей, соответствующей погодным условиям.

В теплое время года при благоприятных метеорологических условиях максимальное число занятий физкультурой проводят на открытом воздухе.

Тестирование физической подготовленности дошкольников проводит воспитатель в начале учебного года (сентябрь-октябрь) и в конце его (апрель-май). За-

ключение по физической подготовленности медицинская сестра вносит в «Медицинскую карту ребенка (форма 026/у)». Разрешение на проведение тестирования физической подготовленности детей дает медицинский персонал ДОО.

Предусмотренные в ДОО занятия по физической культуре следует строить в соответствии с психологическими особенностями ребенка, доступностью и целесообразностью упражнений.

От правильно построенного физкультурного занятия зависит и исход обучения в целом. Части урока (вводная, основная, заключительная) отражают закономерности изменения работоспособности организма под влиянием физической нагрузки.

Длительность занятия физической культурой зависит от возраста детей (табл. 4).

Таблица 4

**Общая продолжительность и длительность
структурных частей физкультурного занятия детей в возрасте 3-7 лет**

Возрастная группа, годы	Продолжительность всего занятия,	Длительность структурных частей, мин.				
		Вводная часть	Основная часть			Заключительная часть
			Общеразвивающие упражнения	Упражнения, Обучающие основным движениям	Подвижные игры	
Младшая – 3-4	15	2-3	4-5	9-10	3-4	2-3
Средняя – 4-5	20	3-4	5-6	11-12	3-4	3-4
Старшая – 5-6	25	3-4	6-7	13-15	4	4-5
Подготовительная – 6-7	30	3-4	7-8	14-15	4	4-5

Оценку эффективности физкультурного занятия проводит медицинская сестра по показателю общей плотности, моторной плотности и среднего уровня ЧСС у детей.

При определении общей плотности учитывают время, затрачиваемое на выполнение движений, показ и объяснения воспитателя, перестроения и расстановку, уборку спортивного инвентаря (полезное время).

Общая плотность представляет отношение полезного времени к общей продолжительности всего занятия, выраженное в процентах:

$$\text{Общая плотность занятия} = \frac{\text{полезное время}}{\text{продолжительность занятия}} \times 100\%$$

Общая плотность занятия должна составлять не менее 80-90%. На хорошо организованном уроке общая плотность должна приближаться к 100%.

Моторная плотность характеризуется отношением времени, непосредственно

затрачиваемого ребенком на выполнение движений, ко всему времени занятия, выраженному в процентах. Вычисляя моторную плотность занятия, проводят наблюдение за одним учеником. У дошкольников при достаточной двигательной активности она должна составлять не менее 70-85%, на воздухе — не менее 80%.

$$\text{Моторная плотность} = \frac{\text{время, затраченное на движения}}{\text{общее время занятия}} \times 100\%$$

Для определения интенсивности мышечной нагрузки, правильности построения занятия и распределения физической нагрузки проводят измерение ЧСС 10-секундными отрезками до занятия, после вводной части, общеразвивающих упражнений, основных движений подвижной игры, заключительной части и в восстановительном периоде в течение 3-5 мин.

На основании изменений частоты сердечных сокращений (ЧСС) строят физиологическую кривую занятия и составляет протокол проведения физкультурного занятия (приложение 19).

При правильном построении занятия функциональное состояние организма, в частности физиологическая кривая ЧСС, должно соответствовать структуре занятия, с постепенным нарастанием ЧСС от вводной к основной его части. Максимальная ЧСС обычно достигается во время подвижной игры, что объясняют как увеличением нагрузки, так и большим эмоциональным возбуждением детей. В зависимости от содержания занятия, формы организации и методики проведения можно получить кривые различного типа с одной или несколькими вершинами.

Обычно во вводной части занятия ЧСС возрастает на 15-20%, в основной части — на 50-60% по отношению к исходной величине, а во время подвижной игры ее учащение достигает 70-90% (до 100%). В заключительной части ЧСС снижается и превышает исходные данные на 5-10%, после занятий (спустя 2-3 мин) возвращается к исходному уровню.

Для обеспечения тренировочного эффекта на физкультурных занятиях в зале средний уровень ЧСС у детей в возрасте 3-4 лет составляет 130-140 в минуту, на воздухе — 140-160 в минуту; у детей в возрасте 5-7 лет — в зале 140-150 в минуту, на воздухе — 150-160 в минуту.

Большое значение при проведении медико-педагогических наблюдений приобретает определение внешних признаков утомления (табл. 5).

При наличии средних признаков утомления у ряда детей необходимо ограничить нагрузку, уменьшить число повторений упражнений, исключить наиболее трудные, удлинить отдых и т.д.

Если у всех детей присутствуют выраженные признаки утомления, необходимо определить соответствие предлагаемой нагрузки уровню физической подготовленности детей данной группы и соответственно снизить ее и перестроить занятие.

С полученными результатами медико-педагогического наблюдения физкультурного занятия следует ознакомить врача ДОО, воспитателя не позднее, чем на следующий день после занятий.

Внешние признаки утомления

Наблюдаемые признаки и состояние ребенка	Степень выраженности утомления		
	Низкая (небольшое утомление)	Средняя (среднее утомление)	Сильная (выраженное утомление-переутомление)
Окраска кожи лица, шеи. Выражение лица	Небольшое покраснение лица, выражение его спокойное	Значительное покраснение лица, выражение его напряженное	Резкое покраснение или побледнение, синюшность кожи, страдальческое выражение лица
Потливость	Незначительная	Выраженная потливость лица	Общая сильная потливость (выделение соли на коже, майке)
Характер дыхания	Несколько учащенное, ровное	Резко учащенное	Резко учащенное, поверхностное, аритмичное (вплоть до одышки)
Координация движений, внимание	Бодрые, задания выполняют четко	Неуверенные, нечеткие, появляются дополнительные движения. У некоторых детей моторное возбуждение, у других — заторможенность	Глубокое нарушение координации движений, дрожание конечностей
Самочувствие, жалобы	Хорошее, жалоб нет	Жалобы на усталость, отказ от дальнейшего выполнения заданий	Жалобы на головокружение, шум в ушах, головную боль, тошноту

Обязательный компонент физического воспитания детей — закаливание, которое включает:

- неспециальные методы закаливания в повседневной жизни: умывание прохладной водой, правильный подбор одежды, широкая аэрация помещений, правильно организованная прогулка, физические упражнения, проводимые в легкой спортивной одежде в помещении и на открытом воздухе;
- специальные процедуры закаливания: воздушные, солнечные и водные.

Медицинская сестра контролирует наиболее рациональное распределение закаливающих процедур в течение дня с тем, чтобы не нарушать распорядок работы дошкольного учреждения (табл. 6).

**Примерная схема
распределения закаливающих процедур в течение дня**

В утренние часы	Во время занятий	Прогулки днем	После прогулки перед обедом	До сна днем	После сна днем
Теплый период года					
Полоскание горла прохладной водой. Утренняя гимнастика на открытом воздухе с оздоровительным бегом	Физкультурное занятие на воздухе в облегченной одежде. Хождение босиком по горячему и холодному песку. Солнечные ванны. Игры у воды	Спортивные упражнения в облегченной одежде	Полоскание горла прохладной водой. Влажные обтирания. Обдувания воздушным потоком	—	Контрастные ножные ванны, обливания. Хождение босиком во время гимнастики, после сна
Холодный период года					
Полоскание горла прохладной водой. Утренняя гимнастика на открытом воздухе с оздоровительным бегом	Физкультурные занятия на открытом воздухе в облегченной одежде. Хождение босиком во время физкультурного занятия в зале	—	Полоскание горла прохладной водой. Влажные обтирания. Обдувания воздушным потоком	Обливания ног. Контрастные ножные ванны. Хождение босиком по мокрому одеялу	—

Оценивают эффективность физического воспитания и закаливания по динамике состояния здоровья детей, развитию двигательных качеств и навыков на каждом году жизни.

**1.6. Участие медицинской сестры в подготовке детей
к поступлению в школу**

В функциональные обязанности врача и медицинской сестры ДОО, совместно с педагогом, входит работа по определению готовности ребенка к обучению в школе и оценка школьной зрелости. Подготовка детей к поступлению в школу ведут постоянно во всем периоде дошкольного возраста. Она активизируется с 3 летнего возраста ребенка и включает два аспекта: педагогический и медицинский. Педагогическое направление — введение воспитательных программ, направленных

ных на развития необходимых для школы функций. Медицинское направление предполагает проведение плановых медицинских осмотров и оздоровление детей

Медицинская сестра ДОО принимает активное участие в определении функциональной готовности детей к обучению в школе. Для этого используются следующие скрининг-тесты:

- определение биологического возраста по темпам второй дентации;
- заключение о физической подготовленности по тестам базовой (определение максимальной силы, силовой выносливости, скоростно-силовых качеств, координации движения и ловкости) и расширенной (исследование жизненной емкости легких и становой силы, определение выносливости мышц спины к статическим нагрузкам, общей выносливости и физической работоспособности) скрининг-программ (приложение 20, 21).
- заключение о психологической готовности к школе по тесту Керна-Йерасека (приложение 22) и данным эмоционально-поведенческих реакций у детей.

В течение последнего года перед поступлением в школу необходимо проводить оздоровительные мероприятия по активному формированию психофункциональной готовности детей к обучению.

Оздоровительный этап включает в себя общие и индивидуальные мероприятия, направленные на повышение резервных возможностей, профилактику нарушений здоровья и развитие школьно-необходимых функций.

Медицинская сестра ДОО осуществляет ежедневный контроль проведения общих оздоровительных мероприятий по подготовке детей к обучению в школе, направленные на повышение функционального резерва и массовую профилактику отклонений здоровья:

- увеличение резервных возможностей кардиореспираторной системы при использовании комплексов упражнений дыхательной гимнастики;
- развитие качеств общей выносливости;
- профилактика острой заболеваемости;
- профилактика нарушений опорно-двигательного аппарата и близорукости.

Оздоровительные мероприятия направлены на оптимизацию физического воспитания, увеличение двигательной активности (утренний оздоровительный бег, комплекс специальных упражнений, физкультминутки). Медицинская сестра осуществляет контроль за проведением воспитателями неспециальных (подбор одежды, проветривание, влажная уборка помещений) и специальных (воздушные и водные процедуры) методов закаливания.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ШКОЛЫ)

С поступлением в школу изменяется весь уклад жизни ребенка: появляются новые контакты, новые условия жизни, принципиально новые виды деятельности, меняются его режим, отношения с окружающими людьми. Основным видом деятельности становится учеба.

2.1. Функциональные обязанности медицинской сестры школы

На должность медицинской сестры общеобразовательного учреждения

назначается специалист в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. N 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» медицинская сестра общеобразовательного учреждения осуществляет (табл. 1):

- оказание обучающимся доврачебной первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной форме;
- вызов скорой медицинской помощи и (или) организацию транспортировки в медицинскую организацию обучающихся, нуждающихся в оказании скорой медицинской помощи;
- профилактические мероприятия, направленные на охрану и укрепление здоровья обучающихся;
- участие в контроле за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения, питания, физического воспитания и трудового обучения несовершеннолетних;
- проведение мероприятий по иммунопрофилактике инфекционных болезней;
- участие в проведении, совместно с врачом, противоэпидемических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;
- участие в организации профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;
- участие в разработке индивидуального плана профилактических и оздоровительных мероприятий обучающихся с учетом группы здоровья, медицинской группы для занятий физической культурой;
- участие в оценке полноты представленных данных медицинского обследования детей, поступающих в первый класс;
- участие в оценке функциональной готовности несовершеннолетнего к обучению в школе, при переводе обучающегося в класс компенсирующего обучения, при переходе несовершеннолетнего в организацию с повышенным уровнем образования и др.;
- участие в подготовке и проведении комплексной медицинской и психолого-педагогической оценки состояния здоровья детей;
- взаимодействие с врачами-педиатрами участковыми, врачами-специалистами медицинской организации и психологами и педагогами образовательной организации по вопросам профессиональной пригодности несовершеннолетних;
- участие в проведении (совместно с педагогическим персоналом) мероприятий и в контроле их эффективности по формированию у несовершеннолетних (на групповом и индивидуальном уровне) устойчивых стереотипов здорового образа жизни, в том числе по профилактике алкоголизма, наркоманий, токсикоманий;
- участие в проведении профилактической работы по предупреждению у несовершеннолетних раннего начала половой жизни, заболеваний, пере-

- дающихся половым путем, ВИЧ/СПИДа;
- участие совместно с медицинскими организациями в реализации медико-психологических образовательных программ подготовки несовершеннолетних к созданию семьи, правильному репродуктивному поведению;
- участие в проведении в условиях образовательной организации работы по коррекции нарушений здоровья детей, снижающих возможности их социальной адаптации, ограничивающих возможности обучения, выбора профессии, подготовки к военной службе;
- участие в проведении работы по коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, снижающих возможности их социальной адаптации, ограничивающих возможности обучения, выбора профессии, подготовки к военной службе (патология органов зрения, пищеварения, костно-мышечной системы, нервной систем;
- работу по санитарно-гигиеническому просвещению, в том числе по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний;
- оформление медицинской документации.

2.2. Контроль за состоянием здоровья и организация жизни детей в период адаптации к школе

Контроль за состоянием здоровья детей в период адаптации осуществляется с первых дней пребывания ребенка в школе. На каждого ребенка заводится «Лист наблюдения за адаптацией» (приложение 3).

Медицинская сестра при участии учителя осуществляет наблюдение за адаптацией детей по следующим критериям:

- **динамика эмоционально-поведенческих реакций.** Оценку эмоционально-поведенческих реакций (приложение 23) проводит учитель: в I четверти — 1 раз в 2 недели, а в II, III, IV четверти — в конце каждой четверти. После каждой оценки эмоционально-поведенческих реакций медицинская сестра анализирует результаты, выявляет детей, имеющих отрицательные оценки, а также значительное их снижение даже при положительном значении (например, с +50 до +30). Такая динамика отражает нарастание психоэмоционального напряжения и может предшествовать заболеванию ребенка. Медицинская сестра информирует об этих детях врача-педиатра;
- **возникновение симптомов пограничных нервно-психических расстройств (невротических реакций).** Их активное выявление проводят посредством анкетирования родителей: у первоклассников — в конце каждой четверти, при переходе к предметному обучению и далее — 1 раз в полугодие (в конце II и IV четверти);
- **динамика массы и длины тела.** Медицинская сестра взвешивает первоклассников — в конце каждой четверти, при переходе к предметному обучению и на III ступень обучения — в конце каждого полугодия (конец II и IV четверти);
- **контроль гемоглобина** проводят по назначению врача, если вес ребенка снижается или не имеет тенденции к увеличению;
- **динамика остроты зрения.** Ее измерение проводит медицинская сестра у первоклассников в конце каждого полугодия, у подростков — в конце учебного года;
- **выявление нарушений осанки.** Проводит медицинская сестра

у первоклассников — в конце каждого полугодия, у подростков — в конце учебного года;

- **контроль артериального давления.** Проводит медицинская сестра на первом году обучения в конце I и III четверти;
- **частота острой респираторной заболеваемости, появление хронических заболеваний и число их обострений.**

Медицинская сестра школы в конце каждой четверти выделяет детей, имеющих отклонения по перечисленным выше критериям. Этим детей консультируют педиатр, а по показаниям — психолог и врачи-специалисты. При необходимости дают рекомендации по облегчению адаптации.

Организация жизни в период адаптации к обучению включает создание в школе санитарно-гигиенических условий для обучения, режима учебных занятий, расписания уроков, физического и трудового воспитания и питания, полностью соответствующих действующим санитарным нормам и правилам.

Обучение детей в 1 классе следует проводить с соблюдением следующих требований:

- учебные занятия проводят только в первую смену;
- 5-дневная учебная неделя;
- проведение не более 4 уроков в день;
- продолжительность уроков не более 35 минут;
- организация в середине учебного дня динамической паузы продолжительностью не менее 40 минут;
- обучение без домашних заданий и балльной оценки знаний;
- дополнительные недельные каникулы в середине третьей четверти;
- домашние задания дают первоклассникам во втором полугодии.

Для массовой профилактики нарушений состояния здоровья учащихся можно использовать функциональную музыку, закаливающие процедуры, утренний оздоровительный бег, упражнения по профилактике близорукости, нарушений осанки, оптимизацию двигательного режима. Работа в этом направлении требует объединения усилий школьного врача, медицинской сестры, педагогов и родителей.

Важным резервом оптимизации двигательного режима служит рациональная организация динамического часа, в который рекомендуют включать ряд физических упражнений, направленных на профилактику нарушений осанки.

На переменах и динамических занятиях необходимо шире использовать игры с мячом (футбол, волейбол, настольный теннис, кегли, игры «лапта», «салочки»), в ходе которых сочетаются движения глаз, головы и туловища, а зрение постоянно переключается с ближнего расстояния на дальнее. Это способствует, наряду с оптимизацией двигательной активности, повышению активности органа зрения в пространстве, что играет важную роль в профилактике близорукости.

Для профилактики перекрестного инфицирования проводят кварцевание групповых помещений, осуществляют ионизацию воздуха в помещениях и распыление летучих фитонцидов (анис, березовые и сосновые почки) при отсутствии у детей противопоказаний, связанных с непереносимостью используемых фитопрепаратов.

2.3. Медицинский контроль физического воспитания

Задачи физического воспитания в школе:

- обеспечение оптимального влияния средств физического воспитания на состояние здоровья и развитие детей и подростков;
- гармонизация физического развития ребенка;
- совершенствование двигательных навыков и физических качеств;
- увеличение функциональных резервов органов и систем организма;
- повышение общей физической работоспособности;
- повышение неспецифической сопротивляемости организма;
- воспитание и закрепление навыка правильной осанки.

Основной формой физического воспитания детей школьного возраста служит урок физической культуры. Помимо уроков физической культуры, двигательная активность обучающихся в образовательном процессе обеспечивается за счет:

- физкультминуток;
- организованных подвижных игр на переменах;
- спортивного часа для детей из группы продленного дня;
- внеклассных спортивных занятий и соревнований, общешкольных спортивных мероприятий, дней здоровья;
- занятий спортом в секциях.

Участие медицинской сестры школы в контроле за организацией физического воспитания детей и подростков заключается в следующем:

- контроль санитарно-гигиенического состояния мест и условий проведения физкультурных занятий, наличия спортивной специальной одежды и обуви детей на занятии, обеспечения спортивного зала аптечкой неотложной помощи;
- контроль проведения физкультурного занятия (оценка моторной плотности, физической нагрузки по пульсовой кривой, степени утомления) и др.;
- контроль оснащенности и степени безопасности спортивного оборудования; профилактика спортивного травматизма;
- проведение санитарно-просветительной работы по вопросам оказания неотложной помощи при возникновении спортивных травм и самонаблюдению за самочувствием на физкультурных занятиях.

Результат обучения в целом зависит от правильного соблюдения структуры урока физической культуры.

Для осуществления контроля за организацией физического воспитания в образовательных учреждениях медицинская сестра 1 раз в месяц проводит оценку реакции организма ребенка на физическую нагрузку (контроль конкретного физкультурного занятия совместно с педагогом).

Медицинская сестра присутствует на уроке физкультуры и оценивает организацию занятия по следующим критериям:

- соответствие плана занятия требованиям программного материала;
- распределение детей на медицинские группы для занятий физкультурой и соблюдение ограничений в отношении детей, пропустивших занятия после острого заболевания, по болезни или с отклонениями в уровне физического развития;

- соблюдение санитарно-гигиенических условий проведения занятия (микроклимат занятия, наличие предшествующей влажной уборки и проветривания, соответствие одежды и обуви занимающих условиям проведения занятий);
- наличие и достаточность страховочного материала, соблюдение мер по профилактике травматизма;
- показатель моторной плотности урока по результатам хронометража и пульсовой кривой;
- реакция организма ребенка на однократно проведенное занятие (признаки утомления и перенапряжения);
- распределение нагрузки по частям занятия, достаточность разминки перед выполнением отдельных упражнений;
- правильность постановки дыхания и выполнения отдельных упражнений, в т.ч., корригирующих упражнений при нарушении осанки и плоскостопии;
- наличие аптечки доврачебной неотложной помощи;
- наличие музыкального сопровождения, спортивной одежды педагога, компетентность преподавания, умение поддерживать дисциплину на занятии).

Общая плотность занятия должна составлять не менее 80-90%. На хорошо организованном уроке общая плотность должна приближаться к 100%.

Моторная плотность занятий физической культурой должна составлять не менее 70%.

Для определения интенсивности мышечной нагрузки, правильности построения занятия и распределения физической нагрузки медсестра выбирает одного ребенка и проводит у него измерения ЧСС в течение всего урока: до начала занятий и после каждой части (вводной, общеразвивающих упражнений, основных движений, подвижной игры, заключительной и в восстановительном периоде в течение 3-5 мин). На основании изменений ЧСС медсестра строит физиологическую кривую урока.

При правильно организованном физкультурном занятии прирост ЧСС должен составлять после вводной части 25-30%, после основной — 80-100% (60-80%) и возвращаться после окончания урока или на 3-5-й минуте перемены к исходному уровню, который был в состоянии покоя до начала занятия.

У школьников основной группы нагрузку на уроке физкультуры считают оптимальной, если под ее влиянием происходит увеличение ЧСС до 140-160 в минуту.

При контроле проведения урока физической культуры необходимо отмечать внешние признаки утомления и степень их выраженности.

Полученные данные оформляются в виде протокола (приложение 19) и предоставляются врачу школы, преподавателю физкультуры не позднее, чем на следующий день после занятий. При необходимости эти данные докладываются на педагогическом совете школы, доводятся до сведения директора и его заместителей.

2.4. Профилактика травматизма на уроках физической культуры

Важным разделом работы медицинской сестры является профилактика спортивных травм. К основным причинам травматизма относятся:

- 1) несоблюдение правил организации и методики занятий (отсутствие страховки, дисциплины на уроке и др.), недооценка значения метеорологических факторов при занятиях на воздухе;
- 2) нарушение санитарно-гигиенических условий (несоответствующие физическим упражнениям одежда и обувь, температура и скорость воздуха, обильный прием пищи и жидкости перед занятием);
- 3) плохая подготовка мест занятий оборудования, инвентаря и несвоевременная их проверка (несоответствие размеров и веса снарядов физическому развитию учащихся, твердый и неровный грунт площадок, недостаточное взрыхление почвы в местах приземления при прыжках, неправильное расположение гимнастических снарядов);
- 4) отсутствие или несистематическое проведение врачебного контроля (допуск к занятиям физическими упражнениями в болезненном состоянии, несоблюдение сроков возобновления занятий после заболеваний, чрезмерная потливость рук, ног);
- 5) недостаточная воспитательная работа с учащимися.

В целях профилактики травматизма медицинская сестра должна тщательно вести учет даже мелких травм, выявлять причину травмы и анализировать условия ее возникновения. Работа по предупреждению травматизма проводится совместно с преподавателями физкультуры.

Преподавателю физического воспитания рекомендуют:

- строго соблюдать расписание и план каждого занятия;
- воспитывать у школьников сознательную дисциплину, требовать выполнения от них всех указаний;
- обеспечивать контроль действий каждого учащегося, запрещать им самостоятельный переход с одного вида упражнений на другой;
- правильно размещать занимающихся, обеспечивать хорошую видимость снарядов, мест отталкивания и приземления;
- устанавливать снаряды таким образом, чтобы избегать столкновений учащихся.

Большая часть травм приходится на конечности, и по тяжести течения их относят к легкой степени. Медицинский работник образовательного учреждения обязан всегда быть готовым к оказанию помощи и иметь для этого все необходимое оснащение (стерильный перевязочный материал, шины всех размеров, обезболивающие средства, антисептические средства и др.).

Медицинская сестра при участии врача обучает педагогов по физическому воспитанию и старших школьников оказанию доврачебной помощи при возникновении спортивных травм.

Медицинская сестра проводит учебно-воспитательную работу на занятиях и рассказывает учащимся об особенностях соблюдения санитарных и гигиенических правил на уроках физкультуры, обучает приемам оказания первой помощи при спортивных травмах, знакомит с основами самоконтроля, контролирует аккуратность заполнения журнала физкультурного зала, наличие при зале аптечки для оказания доврачебной помощи.

2.5. Профилактика нарушений осанки и близорукости

Одним из направлений деятельности медицинской сестры и врача школы является профилактика школьно-обусловленных патологических состояний со стороны опорно-двигательного аппарата (нарушений осанки) и органов зрения (спазма аккомодации, близорукости).

В систематическую работу по профилактике нарушений зрения у несовершеннолетних должны быть вовлечены не только медицинские работники, администрация и педагоги образовательных учреждений, но и родители и сами учащиеся школы.

Медицинская профилактика включает систематический контроль:

- соблюдения требований к освещенности учебных помещений;
- позы детей за столами и партами;
- правильного рассаживания детей в классе в соответствии с медицинскими рекомендациями;
- использования школьной мебели, соответствующей росту учащихся;
- рациональной расстановки мебели и оборудования в учебных помещениях;
- режима образовательного процесса, чередования непрерывной учебной деятельности на уроках и перерывов для проведения гимнастики для глаз.

Для рационального использования дневного света и равномерного освещения учебных помещений следует:

- не закрашивать оконные стекла;
- не расставлять на подоконниках комнатные цветы (их размещают в переносных цветочницах или подвесных кашпо в простенках между окнами);
- проводить очистку и мытье стекол по мере загрязнения, но не реже 2 раз в год;
- предотвращать затемнение окон деревьями, на первых этажах — кустарником.

Важными факторами профилактики нарушений зрения служит выработка правильной позы у обучающихся во время занятий за партами, а также использование удобной мебели, соответствующей росту ребенка.

Режим образовательного процесса оказывает значительное влияние на состояние зрительного анализатора. Необходимо чередовать во время урока различные виды учебной деятельности, при занятиях дома соблюдать время зрительной нагрузки и перерывов (табл. 7).

Таблица 7

Рекомендации по организации зрительного режима во время внешкольных занятий

Класс	Зрительная нагрузка, мин	Перерыв, мин
1	20	10-15
2	20	10-15
3	20	10-15
4-5-6	25-30	10-15
7 и старше	35-40	10-15

Эффективность физкультурных минуток возрастает при проведении специального комплекса гимнастики для глаз.

Медицинский персонал школы должен проводить работу по гигиеническому обучению и воспитанию: давать учащимся, педагогам и родителям рекомендации по организации зрительного режима в школьное и внешкольное время.

2.6. Роль медицинской сестры в организации питания учащихся

Рациональное питание служит необходимым условием формирования и сохранения здоровья детей, способствует гармоничному физическому и умственному развитию, высокой работоспособности и успеваемости школьника, создает условия для адаптации к факторам окружающей среды, оказывает существенное влияние на качество жизни

Питание учащихся должно находиться под постоянным контролем школьного врача и медицинской сестры. Повседневная работа включает **контроль** качества поступления продуктов, условий хранения, соблюдения сроков хранения, технологии приготовления пищи и качества готовых блюд; соблюдения санитарно-противоэпидемического режима на пищеблоке и обработки посуды.

Для обеспечения здоровым питанием всех обучающихся необходимо составление примерного меню на период не менее 2 нед. (10-14 дней), а также меню-раскладок, содержащих количественные данные о рецептуре блюд. При разработке примерного меню учитывают продолжительность пребывания детей в общеобразовательном учреждении, возрастную категорию и физические нагрузки обучающихся.

Для детей, обучающихся в образовательных учреждениях, необходимо организовать 2-разовое горячее питание (завтрак и обед). Для детей группы продленного дня, необходимо организовать дополнительно полдник. Интервалы между приемами пищи не должны превышать 3,5-4 ч.

С учетом возраста обучающихся в примерном меню должны быть соблюдены требования по массе порций блюд (табл. 8), их пищевой и энергетической ценности, суточной потребности в основных витаминах и микроэлементах для различных групп школьников (табл. 9).

Таблица 8

Рекомендуемая масса порций блюд для детей школьного возраста
(СанПиН 2.4.5.2409-08)

Название блюд	Масса порций для обучающихся, г	
	С 7 до 11 лет	С 11 лет и старше
Каша, овощное, яичное, творожное, мясное блюдо	150-200	200–250
Напитки (чай, какао, сок, компот, молоко, кефир и др.)	200	200
Салат	60-100	100-150
Суп	200-250	250-300
Мясо, котлета	80-120	100-120
Гарнир	150-200	180-230
Фрукты	100	100

**Потребность в пищевых веществах и энергии
обучающихся общеобразовательных учреждений
(СанПиН 2.4.5.2409-08)**

Название пищевых веществ	Усредненная потребность в пищевых веществах для обучающихся	
	С 7 до 11 лет	С 11 лет и старше
Белки, г	77	90
Жиры, г	79	92
Углеводы, г	335	383
Энергетическая ценность, ккал	2350	2713
Витамин В ₁ , мг	1,2	1,4
Витамин В ₂ , мг	1,4	1,6
Витамин С, мг	60	70
Витамин А, мг рет. экв.	0,7	0,9
Витамин Е, мг ток. экв.	10	12
Кальций, мг	1100	1200
Фосфор, мг	1650	1800
Магний, мг	250	300
Железо, мг	12	17
Цинк, мг	10	14
Йод, мг	0,1	0,12

В примерном меню нужно учитывать рациональное распределение энергетической ценности по отдельным приемам пищи (табл. 10).

Таблица 10

**Распределение потребления пищевых веществ и энергии по приемам
пищи обучающихся в образовательных учреждениях (СанПиН 2.4.5.2409-08)**

Прием пищи	Доля суточной потребности в пищевых веществах и энергии, %
Завтрак в школе (первая смена)	20-25
Обед в школе	30-35
Полдник в школе	10
Итого	60-70

При разработке меню для питания учащихся предпочтение следует отдавать свежеприготовленным блюдам, не подвергающимся повторной термической обработке, включая разогрев замороженных блюд.

В суточном рационе питания оптимальное соотношение белков, жиров и углеводов должно составлять 1 : 1 : 4, или в процентном отношении от калорийности 10-15, 30-32 и 55-60% соответственно, а соотношение кальция к фосфору — 1 : 5.

Питание обучающихся должно быть щадящим, то есть необходимо предусматривать использование определенных способов готовки блюд, таких как вар-

ка, приготовление на пару, тушение, запекание, и исключать продукты с раздражающими свойствами.

Для предотвращения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и в соответствии с принципами щадящего питания нельзя использовать некоторые пищевые продукты и блюда в организациях общественного питания образовательных учреждений (приложение 24).

Выдачу готовой пищи осуществляют только после снятия проб. Оценку качества блюд проводит бракеражная комиссия в составе не менее трех человек: медицинского работника (чаще всего медицинская сестра), работника пищеблока и представителя администрации образовательного учреждения по органолептическим показателям. Вес порционных блюд должен соответствовать выходу блюда, указанному в меню-раскладке.

Отпуск горячего питания обучающимся необходимо организовывать по классам на переменах продолжительностью не менее 20 мин в соответствии с режимом учебных занятий. За каждым классом в столовой должны быть закреплены определенные обеденные столы.

Ежедневно перед началом работы медицинская сестра проводит осмотр работников пищеблока образовательного учреждения на наличие гнойничковых заболеваний кожи рук и открытых поверхностей тела, а также ангин, катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Результаты осмотра ежедневно заносят в журнал здоровья.

С целью контроля соблюдения технологического процесса отбирают суточную пробу от каждой партии приготовленных блюд. Контроль правильности отбора и условий хранения суточных проб осуществляет медицинская сестра.

В образовательном учреждении рекомендуют организовывать работу (лекции, семинары, деловые игры, викторины, дни здоровья) по формированию навыков и культуры здорового питания, этике приема пищи, профилактике алиментарно зависимых заболеваний, пищевых отравлений и инфекционных заболеваний.

2.7. Роль медицинской сестры в организации профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних

Комплексные профилактические медицинские осмотры проводятся ежегодно согласно приказу МЗ РФ от 10 августа 2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних».

Медицинская сестра школы осуществляет доврачебный этап по программе скрининг-тестирования аналогично обследованию ребенка дошкольного возраста. Особое внимание уделяют девочкам. При этом применяют анкетные тесты для оценки состояния менструальной функции (приложение 25) и молочных желез (приложение 26).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Стандарт

оснащения медицинского блока отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях (Приказ МЗ РФ от 5 ноября 2013 г. N 822н «Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»)

N п/п	Наименование	Количество, штук
1.	Весы медицинские	1
2.	Ростомер или антропометр	1
3.	Тонометр с возрастными манжетами	2
4.	Стетофонендоскоп	2
5.	Секундомер	2
6.	Сантиметровая лента	по требованию
7.	Динамометр кистевой 2-х видов (для детей разных возрастных групп)	4
8.	Плантограф	1
9.	Термометр медицинский	по требованию
10.	Оториноскоп с набором воронок	1
11.	Шпатель металлический или одноразовый	по требованию
12.	Анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина (смокелайзер)**	1 комплект
13.	Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма**	1 комплект
14.	Холодильник	2
15.	Бактерицидный облучатель воздуха, в том числе переносной	рассчитывается с учетом площади помещения и типа облучателя

N п/п	Наименование	Количество, штук
16.	Шприц одноразовый с иглами (комплект 100 шт.) на 1 мл на 2 мл на 5 мл на 10 мл	1 5 5 1
17.	Лоток медицинский почкообразный	2
18.	Аппарат Рота с таблицей Сивцева-Орловой	1
19.	Перчатки медицинские	по требованию
20.	Пипетки	10
21.	Комплект воздуховодов для искусственного дыхания "рот в рот"	1
22.	Аппарат искусственной вентиляции легких Амбу (мешок Амбу)	1
23.	Грелка медицинская	2
24.	Пузырь для льда	2
25.	Жгут кровоостанавливающий резиновый	2
26.	Носилки	2
27.	Травматологическая укладка, включающая:	1 комплект
	- шины пневматические (детские и взрослые)	
	- вакуумный матрас	
	- косынка	
	- фиксатор ключицы	
	- воротник Шанца (2 размера)	
	- жгут кровоостанавливающий	
	- перчатки	
	- бинт стерильный	
	- салфетки стерильные	
	- гелевый охлаждающе-согревающий пакет	
	- ножницы	
	- лейкопластырь 2 см - 1 шт., 5 см - 1 шт.	
28.	Зонды желудочные разных размеров	4
29.	Перевязочный материал: бинты, стерильные бинты, стерильные салфетки, стерильная вата, лейкопластырь, антисептики для обработки ран	по требованию
30.	Термоконтанер для транспортировки медицинских иммунобиологических препаратов	1
31.	Дозаторы для мыла, бумажные полотенца, антисептик для обработки рук	по требованию
32.	Спирт этиловый	0,5 мл на инъекцию
33.	Салфетки спиртовые из мягкого материала для обработки инъекционного поля	по требованию
34.	Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных материалов для оказания неотложной медицинской помощи***	1 комплект
35.	Дезинфицирующие средства	по требованию
36.	Ведро с педальной крышкой	2

N п/п	Наименование	Количество, штук
37.	Емкость для дезинфицирующих средств	по требованию
38.	Емкость - непрокалываемый контейнер с крышкой для дезинфекции отработанных шприцев, тампонов, использованных вакцин	по требованию
39.	Стол рабочий	2
40.	Стул	6
41.	Кушетка	2
42.	Ширма медицинская	2
43.	Шкаф медицинский для хранения лекарственных средств	1
44.	Шкаф для хранения медицинской документации	1
45.	Стол медицинский	1
46.	Столик инструментальный	1
47.	Столик манипуляционный	1
48.	Лампа настольная	2
49.	Бикс большой	2
50.	Бикс малый	2
51.	Пинцет	4
52.	Корцанг	4
53.	Ножницы	2
54.	Персональный компьютер	1 комплект
55.	Принтер	1 комплект
56.	Калькулятор	2
57.	Сейф для хранения медикаментов	1
58.	Халат медицинский	2
59.	Шапочки	2
60.	Маски	по требованию
61.	Коврик (1 м х 1,5 м)	1
62.	Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни	по числу учебных классов

Лист наблюдения за адаптацией к ДОО

Ф.И. ребенка _____ возраст _____ группа _____
 Ф.И.О. педагога _____ Ф.И.О. врача _____ Ф.И.О. медсестры _____

Эмоционально-поведенческие реакции

День адаптации	Дата регистрации	Сниженное настроение	Социальные контакты	Познавательная деятельность	Дисциплина	Агрессия, гнев	Страх	Двигательная активность	Сон	Аппетит	Сумма
3											
6											
9											
12											
15											
18											
21											
24											
27											
30											
33											
36											
39											
42											
45											

Нервно-психическое развитие

Показатель	Неделя адаптации					
	1	2	3	4	5	6
Движения общие						
Сенсорика						
Навыки						
Речь активная						
Речь понимаемая						
Игра						

Педагогические рекомендации по облегчению адаптации

Во время контроля за течением адаптации лист находится у воспитателя, по завершении адаптации – вклеивается в медицинскую карту.

Окончание листа адаптации

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется медперсоналом)	Неделя адаптации						Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Оценка течения адаптации (подчеркнуть)
	1	2	3	4	5	6		
Нарушения сна								Течение адаптации: - Благоприятное - Условно-благоприятное - Неблагоприятное Рекомендации по дальнейшему наблюдению за ребенком:
Нарушения аппетита								
Головные боли								
Боли в сердце								
Боли в животе								
Энурез, энкопрез								
Раздражительность								
Плаксивость								
Утомляемость (повышенная)								
Истощаемость внимания								
Страхи (ночные, темноты и др.)								
Навязчивые движения								
Двигательная расторможенность								
Вредные привычки								
Число перенесенных заболеваний								
Появление других заболеваний								
Масса тела								
Контроль Hb по показаниям								
Прочие изменения здоровья								

Лист наблюдения за адаптацией к школе

Ф.И.О. ребёнка _____ Школа _____ Класс _____
 Ф.И.О. педагога _____ Ф.И.О. врача _____ Ф.И.О. мед.сестры _____

Эмоционально-поведенческие реакции (заполняет педагог)												
Учебная четверть	Неделя	Дата регистрации	Снижение настроения	Социальные контакты	Познавательная деятельность	Дисциплина	Агрессия, гнев	Страх	Игровая деятельность	Двигательная активность в перемену	Общее самочувствие	Сумма
1-я	2											
	4											
	6											
	8											
2-я	18											
3-я	29											
4-я	40											

Успеваемость (заполняет педагог)			
Учебная четверть	Средний балл		
	Чтение	Письмо	Математика
1			
2			
3			
4			

Педагогические рекомендации по облегчению адаптации

Адаптация в коллективе (социометрический статус) – по заключению психолога: лидер, принятый, непринятый, изолированный
 Во время контроля за адаптацией лист находится у педагога, по завершении адаптации — вклеивается в медицинскую карту

Окончание листа адаптации

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется медперсоналом)	Учебная четверть				Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Медико-педагогическая оценка течения адаптации (подчеркнуть)
	1	2	3	4		
Нарушения сна						<u>Заключение педиатра:</u> Благоприятное Условно-благоприятное Неблагоприятное: а) с развитием невротической реакции (какой) б) с учащением ОРЗ в) с появлением соматического заболевания или функциональных расстройств (каких) <u>Заключение педагога-психолога:</u> а) неуспеваемость б) нарушение адаптации в коллективе <u>Интегральная оценка:</u> А + 3 + А ± 3 – А + 3 – А ± 3 + А – 3 – А – 3 + <u>Рекомендации</u> по наблюдению за ребенком во втором классе:
Нарушения аппетита						
Головные боли						
Боли в сердце						
Боли в животе						
Энурез, энкопрез						
Раздражительность						
Плаксивость						
Утомляемость (повышенная)						
Истощаемость внимания						
Страхи (ночные, темноты и др.)						
Навязчивые движения						
Двигательная расторможенность						
Вредные привычки						
Число перенесенных заболеваний						
Снижение остроты зрения	*		*			
Нарушение осанки	*		*			
Масса тела						
Контроль Hb — по показаниям						
АД		*		*		
Прочие изменения здоровья						

Появление признака обозначается знаком «плюс»
Знак * обозначает сроки, в которые обследования не проводятся

Врач: Педагог:

Шкала для определения эмоционального профиля детей раннего возраста

Шкалы	Эмоциональные проявления		Баллы
I. Отрицательные эмоции	1	Нет	+3
	2	Хныканье за компанию	0
	3	Хныканье с перерывом	-1
	4	Продолжительное, периодическое хныканье	-2
	5	Плач за компанию	-3
	6	Продолжительный плач	-4
	7	Приступообразный плач	-5
	8	Сильный продолжительный плач	-7
	9	Депрессия	-8
	10	Депрессия с приступами плача	-10
II. Гнев	1	Нет	+2
	2	Появляется редко и в слабой форме	+1
	3	Умеренный	-1
	4	Частый, хорошо выраженный	-5
	5	Очень частые приступы гнева	-7
III. Страх	1	Нет	+3
	2	Проявляется редко и в слабой форме	-2
	3	Умеренный	-6
	4	Частый, хорошо выраженный	-8
	5	Очень частые реакции страха	-10
IV. Познавательная деятельность	1	Отсутствует	-4
	2	Проявляется непостоянный интерес к играм	+1
	3	Проявляется интерес к окружающим незнакомым людям	+3
	4	Установившийся интерес к окружающим, может долго играть	+5
	5	Долго играет, трудно отвлекается от игры, интересуется новыми предметами и людьми	+7
V. Положительные эмоции	1	Нет	-5
	2	Слабо и редко вокалирует	+1
	3	Адекватно улыбается	+5
	4	Веселый жизнерадостный ребенок, мало плачет	+8
	5	Много смеется, улыбается взрослым	+10
VI. Социальные контакты	1	Легко вступает в контакт	+5
	2	Просится на руки, приглашает играть	+3
	3	Сдержанно вступает в контакт	+2
	4	Держится спокойно, не проявляет интереса к контактам	+1
	5	Просится на руки с целью сочувствия	0
	6	Робок	-2
	7	Недоверчив, хмур, стремится убежать	-4
	8	—	-6
VII. Двигательная активность	1	Много лежит или сидит	-4
	2	Замедлен, вял в движениях	-2
	3	Средняя подвижность	+5
	4	Высокая подвижность	-1
	5	Очень большая подвижность	-5

Шкалы	Эмоциональные проявления		Баллы
VIII. Сон	1	Отсутствие сна, плач	–8
	2	Засыпает и просыпается с плачем	–2
	3	Неспокоен, засыпает с плачем	–5
	4	Беспокоен	–3
	5	Спокоен, засыпает с плачем	–1
	6	Засыпает с задержкой, без плача	0
	7	Сон спокойный, засыпает с хныканьем	+2
	8	Сон спокоен	+6
	9	Сон очень спокоен, глубокий	+8
IX. Аппетит	1	Отсутствует	–4
	2	Плохой	–1
	3	Средний	+3
	4	Хороший	+6
	5	Повышенный	+2
	6	Чрезмерный	–3

**Шкала для определения эмоционального профиля
детей дошкольного возраста**

Шкала		Параметры поведения	Баллы
I. Пониженное настроение	1.	Поведение без признаков депрессии	+9
	2.	Появление сниженного настроения эпизодически в связи с обидой, неудачами в игре и прочим, сопровождающееся плачем	+7
	3.	Легкая перемежающаяся депрессия в связи с поступлением в коллектив, из которой ребенок выходит, участвуя в играх и занятиях	+2
	4.	Депрессия средней выраженности (умеренная): вял, рассеян, задумчив, с трудом вовлекается в игру, занятия, временами плачет	–4
	5.	Отчетливая депрессия. Постоянная мимика скорби, плач без причин, отказ от участия в играх	–7
	6.	Выраженная депрессия, негативное отношение к воспитателю, детям, нежелание идти в сад, отказ от пищи, приступы плача	–10
II. Гнев (агрессия)	1.	Гнев проявляется редко и в адекватной форме	+9
	2.	Отчетливые, не всегда адекватные и мотивированные проявления гнева в отношении детей (дерется)	–4
	3.	Гнев отсутствует в силу сниженного настроения	–6
	4.	Агрессия может принимать генерализованный характер по отношению к детям и персоналу (дерется, кусается, портит игрушки)	–8
	5.	Агрессия порой принимает характер истерики	–10

Шкала		Параметры поведения	Баллы
III. Страх	1.	Страх отсутствует. Чувствует себя в саду свободно, непринужденно	+10
	2.	Поведение ровное, страх появляется только эпизодически, например при проведении процедур	+7
	3.	Ребенок несколько насторожен, робок, стеснителен	–3
	4.	Расстается с матерью со слезами, но постепенно отвлекается. Эпизодически грустен, спрашивает, когда придет мама. Боится процедур, осмотра медицинской сестры, врача	–6
	5.	Ребенок боится детского сада и незнакомого коллектива, детей, персонала. На уход матери реагирует бурным плачем. Весь день тоскует по дому, пытается уйти домой	–10
IV. Игровая деятельность	1.	Заводила в играх, выдумывает варианты игр, проказничает, хохочет	+10
	2.	Охотно участвует в играх наравне с другими, инициативен, часто смеется	+7
	3.	Присматривается к игре с любопытством, легко может быть вовлечен в игру, но шумных игр сторонится	+4
	4.	Интерес к играм слабый, предпочитает играть один, легко отвлекается	–2
	5.	Интереса к играм не проявляет, но при активном побуждении может кратковременно и без интереса участвовать в некоторых играх	–5
	6.	Не проявляет никакого интереса к играм. Попытки вовлечь в игру безуспешны	–9
V. Социальные контакты	1.	Активно ищет и устанавливает контакты с детьми и воспитателем, дружелюбен	+10
	2.	Контактирует без принуждения со сверстниками и воспитателем, доверчив	+7
	3.	Контактирует с детьми осторожно, малоинициативен в общении	–1
	4.	Замкнут, недоверчив, предпочитает остаться один	–5
	5.	Попытки установить контакт встречают отрицательную реакцию (плач, агрессивные действия, страх)	–9
VI. Дисциплина	1.	С особой тщательностью и усердием выполняет все требования, предъявляемые к нему. Послушен	+9
	2.	Старается быть послушным, но из-за рассеянности, отвлекаемости это не всегда удается	+5
	3.	Среднепослушен: требует постоянного присмотра и наставления воспитателя. Начатое дело не доводит до конца	–1

Шкала		Параметры поведения	Баллы
VI. Дисциплина	4.	Малопослушен и трудноконтролируем. Реагирует на резкие окрики, ориентируется на поведение младших детей	–6
	5.	Непослушен, замкнут или негативно настроен. Игнорирует или крайне плохо воспринимает нормы поведения в коллективе	–9
VII. Моторика	1.	Высокая подвижность. Часто бегают, играя со сверстниками	+8
	2.	Среднеподвижен	+8
	3.	Локомоторные акты вялые, замедленные	–3
	4.	Малоподвижен, большую часть времени сидит, мимика вялая	–7
	5.	Чрезвычайно высокая подвижность, ребенок мечется, не может найти себе подходящее место	–8
VIII. Сон	1.	Сон спокойный, засыпает и просыпается быстро	+9
	2.	Сон спокойный, но засыпает с трудом	+5
	3.	Сон беспокойный, долго не засыпает, часто просыпается	–4
	4.	Резко нарушен режим сна, бессонница, засыпает и просыпается не вовремя	–6
	6.	Отсутствие сна, хотя раньше дома спал спокойно	–9
IX. Аппетит	1.	Хороший	+8
	2.	Умеренный, средний	+4
	3.	Повышенный	+3
	4.	Сниженный	–2
	5.	Чрезмерный	–4
	6.	Плохой	–5
	7.	Отсутствует	–8
X. Познавательная деятельность	1.	Активно участвует во всех видах групповых занятий. Стараются делать лучше, чем другие. Долго играет	+10
	2.	Без принуждения и с явным интересом участвует в играх и занятиях, старательно выполняет все задания, может достаточно долго играть	+8
	3.	Проявляет только избирательный интерес к определенным видам занятий (лепка, рисование и др.) и безучастно относится к другим. Интерес к занятиям непостоянный	+4
	4.	В групповых занятиях не проявляет собственной инициативы, участвует в них без особого желания, часто сидит без дела	–3
	5.	Не проявляет никакого интереса к занятиям, явно не желает выполнять те или иные задания, мешает другим детям	–7

Шкала для определения эмоционального профиля детей школьного возраста

	Параметры поведения	Баллы
I.	Снижение настроения	
1.1.	Поведение без признаков депрессии	+ 10
1.2.	Эпизодические проявления сниженного настроения	+7
1.3.	Легкая депрессия, из которой ребенок выходит в случае интересных занятий, игр	+2
1.4.	Депрессия умеренная: задумчив, вял, рассеян, вовлекается в процесс с трудом	-3
1.5.	Депрессия отчетливо выражена	-6
1.6.	Выраженная “активная” депрессия: негативное отношение к школе	-8
1.7.	Полное нежелание идти в школу. Идет со слезами, в сопровождении родителей	-10
II.	Социальные контакты	
2.1.	Легко, уверенно входит в контакт	+10
2.2.	Активно ищет и устанавливает социальные контакты с незнакомыми сверстниками	+8
2.3.	Инициативы в установлении контактов не проявляет, но при случае выражает готовность “сотрудничать” со сверстниками	+4
2.4.	Избирателен в общении из-за робости, малоинициативен	-9
2.5.	Активно не поддерживает социальных контактов	-5
2.6.	Замкнут, недоверчив, находится в добровольной изоляции	-9
III.	Познавательная деятельность	
3.1.	Активно, с интересом участвует в занятиях. Старателен, стремится все делать лучше, чем другие	+10
3.2.	Без принуждения участвует в занятиях, во всем пытается разобраться сам	+8
3.3.	Проявляет избирательный интерес к определенным видам занятий и остается безучастным к другим	+2
3.4.	Учится без видимого желания, формально, принуждая себя	-7
3.5.	К учебе не проявляет интереса, тяготится ею	-10
IV.	Дисциплина	
4.1.	С особой тщательностью и усердием выполняет все требования, нередко старается превосходить их	+10
4.2.	Выполняет почти все требования родителей. Усидчив, старателен, мало отвлекается	+8
4.3.	Пытается идти в ногу с классом, но это не всегда удается, ввиду несобранности и отвлекаемости	+2
4.4.	Требования учителя выполняет неохотно, формально	-3
4.5.	На уроках отвлекается, часто занят посторонним делом или отсутствует	-5
4.6.	Игнорирует требования учителя, иногда поступает вопреки им	-9
V.	Реакция агрессии (гнева)	
5.1.	Гнев проявляется редко и в адекватной ситуации	+9
5.2.	Гнев практически отсутствует в силу характерологических особенностей – умения все решать мирным путем, не унижая своего достоинства	+8
5.3.	Гнев отсутствует в связи со сниженным настроением от пребывания в школе, но ребенок еще может защитить себя	-3

	Параметры поведения	Баллы
5.4.	Гнев отсутствует совершенно, ребенок не может постоять за себя, а иногда убегает от обидчика	-9
5.5.	Не всегда мотивированные проявления агрессии в отношении сверстника	-4
5.6.	Отчетливые и частые проявления агрессии в отношении сверстников и даже учителя	-8
5.7.	Агрессия иногда достигает силы аффекта. Школьник озлоблен, дерзит, вступает в пререкания с персоналом школы или учителем. В знак протеста хулиганит, паясничает, может уйти из школы	-10
VI.	Страх	
6.1.	Страх отсутствует	+10
6.2.	Эпизодически робок, застенчив и стеснителен	+5
6.3.	Ребенок явно робок и застенчив, легко теряется при попытке выяснить какой-либо вопрос	-3
6.4.	Указанные черты выражены	-6
6.5.	В случае выраженной тревоги и неуверенности ученик ищет защиты у учителя или более зрелых сверстников. В некоторых случаях предпочитает остаться дома	-9
VII.	Игровая деятельность	
7.1.	Заводила в играх, выдумывает новые варианты игр	+9
7.2.	Эпизодически может принимать участие в играх по собственной инициативе	+6
7.3.	Присматривается к игре с любопытством	+3
7.4.	Интереса к играм не проявляет, но при активном побуждении может кратковременно и без особого желания участвовать в некоторых играх	-2
7.5.	К играм не проявляет никакого интереса. Попытки привлечь к игре не приводят к успеху	-7
VIII.	Двигательная активность в перемену	
8.1.	Двигательная активность очень высокая и проявляется в шумных развлечениях, шалостях	+8
8.2.	Подвижен, оживлен, бегает по коридору, скачет и прочее	+6
8.3.	Двигательная активность низкая	+1
8.4.	Не может найти себе подходящего места и занятия. Двигательная активность крайне низкая	-8
IX.	Общее самочувствие	
9.1.	Жалоб не предъявляет, после занятий чувствует себя бодрым и свежим	+10
9.2.	Активно не жалуется, но в беседе можно выявить чувство "рабочей" усталости после занятий	+7
9.3.	Жалуется на недомогание, головную боль, дисфункцию желудочно-кишечного тракта и т.д. при отсутствии в анамнезе соответствующих заболеваний	-3
9.4.	Усиление жалоб, имеющих в основе функциональную или органическую патологию	-6
9.5.	Жалобы принимают характер устойчивой симуляции	-8
9.6.	Появление или усиление вредных привычек или невротических расстройств	-10

АНКЕТА
для выявления пограничных нервно-психических
расстройств у детей

Уважаемые родители! Для более полного суждения о состоянии здоровья вашего ребенка вам необходимо знать, не появились ли у него перечисленные ниже жалобы. Если появились, просим указать, какие, и сроки их появления, а также длительность этих жалоб. Если эти жалобы были раньше, просим указать, с какого времени они появились и после чего.

1. Нарушение сна:
 - более длительный период засыпания _____
 - поверхностный, беспокойный сон _____
 - разговаривает во сне _____
 - вскакивает во сне _____
2. Нарушение аппетита:
 - отказ от пищи _____
 - снижение аппетита _____
3. Головные боли (указать время суток) _____
4. Боли в области сердца _____
5. Боли в животе (связаны ли с приемом пищи) _____
6. Повышенная потливость _____
7. Недержание мочи и кала _____
8. Заметная двигательная расторможенность, неусидчивость _____
9. Появились «лишние» движения, т. е. неспособность сидеть спокойно даже при чтении, просмотре телевизионных передач _____
10. Стал менее внимательным, неспособным длительно концентрировать внимание _____
11. Появилась беспричинная раздражительность, грубость, стремление ударить _____
12. Беспричинные колебания настроения (снижение настроения, повышенная плаксивость, вялость, другие) _____
13. Беспричинные страхи (темноты, одиночества, страх животных, ночные страхи) _____
14. Повторяющиеся навязчивые движения: мигания, наморщивание лба, носа, движения головой в сторону, облизывание губ, хмыканье, покашливание, сосание пальца, кусание ногтей, подергивание волос, онанизм) _____
15. Стремление к непослушанию, грубости (особенно в ответ на замечания), стремление сделать назло _____
16. Отказ разговаривать, уходить в ответ на замечания, отказ выполнять требования _____
17. Страх нового, чувство отчаяния, отказ от обычных желаний _____
18. Другие жалобы _____

АНКЕТНЫЙ ТЕСТ

АНКЕТА (для родителей и учащихся 6-11 классов)

Ребенок (ученик)

Фамилия _____ Имя _____

Не посещает детское учреждение (подчеркнуть)

Группа _____ Детсад № _____

Класс _____ Школа № _____

Уважаемые родители! Внимательно ознакомьтесь с содержанием анкеты и постарайтесь максимально точно ответить на вопросы. Эти сведения необходимы врачу для оценки состояния здоровья Вашего ребенка (Вашего состояния здоровья) и своевременного врачебного совета.

Бывают ли:

I.	1. Головные боли беспричинные, при волнении, после посещения детского сада, школы	да	нет
	2. Слезливость, частые колебания настроения, страхи	да	нет
	3. Слабость, утомляемость после занятий (в школе, детском саду, дома)	да	нет
	4. Нарушение сна (долгое незасыпание, чуткий сон, снохождение, ночное недержание мочи, трудное пробуждение по утрам)	да	нет
	5. Повышенная потливость или появление красных пятен при волнении	да	нет
	6. Головокружение, неустойчивость при перемене положения тела	да	нет
	7. Обмороки	да	нет
	8. Двигательная расторможенность (не может долго усидеть на месте)	да	нет
	9. Навязчивые движения (теребит одежду, волосы, облизывает губы, грызет ногти, сосет палец, часто мигает, заикается)	да	нет
II.	10. Боли, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, перебои	да	нет
	11. Повышение артериального давления	да	нет
III.	12. Часто насморк (4 и более раз в году)	да	нет
	13. Часто кашель (4 и более раз в году)	да	нет
	14. Часто потеря голоса (4 и более раз в году)	да	нет
IV.	15. Боли в животе	да	нет
	16. Боли в животе после приема пищи	да	нет
	17. Боли в животе до еды	да	нет
	18. Тошнота, отрыжка, изжога	да	нет
	19. Нарушения стула (запоры, поносы)	да	нет
	20. Заболевания желудка, печени, кишечника	да	нет
V.	21. Боли в пояснице	да	нет
	22. Боли при мочеиспускании	да	нет
VI.	23. Реакция на какую-то пищу, запахи, цветы, пыль, лекарства (отеки, затрудненное дыхание, сыпь)	да	нет
	24. Реакция на прививки (сыпь, отеки, затрудненное дыхание)	да	нет
	25. Появления экссудативного диатеза (покраснение кожи, шелушение, экзема)	да	нет

Дата заполнения анкеты _____

Подпись заполнявшего анкету _____

Обобщение результатов

Заключение (предварительное)

I. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,

Врач _____

II. 10, 11

Дата _____

III. 12, 13, 14

Подпись медицинской сестры _____

IV. 15, 16, 17, 18, 19, 20

V. 21, 22

VI. 23, 24, 25

Номер вопроса	На выявление какой патологии направлены вопросы
1-9	Заболевания нервной системы (невротические и вегетативные расстройства)
10-11	Заболевания сердечно-сосудистой системы
12-14	Патология носоглотки
15-20	Заболевания органов пищеварения
21-22	Заболевания мочевыделительной системы
23-25	Аллергические состояния

При обследовании дошкольников и учащихся 1-5 классов анкету должны заполнять родители. При обследовании школьников 6-11 классов анкету могут заполнять сами учащиеся.

Результаты анкетного опроса обобщаются медицинской сестрой образовательного учреждения. Медицинская сестра подчеркивает (или обводит кружком) номера вопросов, на которые получен положительный ответ. После этого врач оценивает результаты опроса и отбирает детей, нуждающихся в дополнительных исследованиях и консультации специалистов (невролога, отоларинголога, ревматолога, гастроэнтеролога, нефролога, аллерголога).

Оценка анкетного теста

Номера вопросов	Сочетания вопросов	Тактика
I. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	При положительном ответе на вопросы 1, 3, 5 – отдельно или в сочетании (например, 1 и 2; 2 и 3; 3 и 5 и т.д.)	Наблюдение врачом учреждения
	При положительном ответе на вопросы 2, 4, 6, 7, 8, 9 отдельно или в сочетании (например, 1 и 4; 2 и 6; 3 и 7 и т.д), а также - при положительном ответе на 3 и более вопроса данного раздела (в любом сочетании)	Консультация невролога обязательна
II. 10, 11	При положительном ответе на каждый или оба вопроса	Обследование врачом учреждения, по показаниям — консультация ревматолога
III. 12, 13, 14	При положительном ответе на каждый или несколько вопросов данного раздела	Консультация отоларинголога обязательна
IV. 15, 16, 17, 18, 19, 20	При положительном ответе на один из вопросов 15, 20	Обследование врачом учреждения
	При положительном ответе на один из вопросов 16, 17, 18, 19, а также на 2 и более вопроса данного раздела (в любом сочетании)	Обследование врачом учреждения с дополнительными специальными исследованиями, по показаниям — консультация гастроэнтеролога
V. 21, 22	При положительном ответе на один или оба вопроса	Обследование врачом учреждения, по показаниям — дополнительные исследования и консультация нефролога
VI. 23, 24, 25	При положительном ответе на один или три вопроса	Обследование врача учреждения, по показаниям — консультация аллерголога

Методика антропометрии детей до 2 лет

Длина тела измеряется горизонтальным ростомером в виде широкой доски длиной около 100 см и шириной 40 см. Вверху доски имеется неподвижная, внизу — подвижная поперечная планка, которая легко передвигается по сантиметровой шкале, нанесенной с левой стороны ростомера. Для измерения длины тела ребенка укладывают на спину, чтобы макушкой он прикасался к неподвижной поперечной планке. При этом голова фиксируется так, чтобы верхний край козелка уха и нижний край глазницы находились в одной вертикальной плоскости. Ноги ребенка должны быть выпрямлены и прижаты к доске ростомера; к стопам, согнутым под прямым углом по отношению к голени, подводят подвижную планку. Расстояние между обеими планками ростомера и будет составлять длину тела.

Массу тела определяют на специальных детских весах с максимально допустимой нагрузкой до 25 кг и точностью измерения до 10 г. Для этого весы устанавливают горизонтально и уравнивают, ориентируясь на указатель равновесия. Затем взвешивают пеленку, которую кладут на лоток весов. При закрытом коромысле на весы и ранее взвешенную пеленку укладывается полностью раздетый ребенок таким образом, чтобы его голова и плечевой пояс находились на широкой части лотка, а ножки — на узкой. Если ребенок умеет сидеть, то его можно посадить на широкую часть весов, поместив ноги на узкой части. Взвешивающий стоит прямо перед коромыслом весов, правой рукой перемещая гири, а левой страхуя ребенка от падения. Показания снимают с той стороны гири, где имеется вырезка, нижняя гиря помещается только в имеющиеся на шкале гнезда. Для определения массы тела ребенка из показаний необходимо вычесть вес пеленки.

Приложение 9**Методика антропометрии детей старше 2 лет.**

Измерение длины тела осуществляется с помощью деревянного станкового ростомера или складного антропометра. На вертикальной стойке ростомера нанесены шкалы, одна — для измерения роста стоя, другая — для измерения длины корпуса (сидя). Порядок измерения: ребенка ставят босыми ногами на площадку ростомера спиной к шкале. Его тело должно быть выпрямлено, руки свободно опущены, стопы сдвинуты. Голова устанавливается так, чтобы нижний край глазницы и верхний край козелка уха находились в одной горизонтальной плоскости. Обследуемый должен касаться шкалы тремя точками: межлопаточной областью, ягодицами и пятками. Необходимо следить за тем, чтобы он не прислонялся затылком к стойке ростомера. Подвижная планка ростомера плотно, но без надавливания прижимается к голове. Длина тела отсчитывается от нижнего края планки по правой шкале ростомера. Точность измерения длины тела — до 0,5 см.

Определение массы тела необходимо проводить всегда в одно и то же время, лучше утром натощак после мочеиспускания и дефекации. Масса тела у детей старшего возраста измеряется на медицинских весах. Перед взвешиванием весы устанавливают горизонтально и уравнивают. Ребенок должен входить на площадку весов и сходить с нее при неподвижном коромысле. При взвешивании обследуемый становится на середину площадки весов, стоит спокойно. Точность измерения — до 100 г.

**Измерение артериального давления
для выявления гипертонических и гипотонических состояний**

Артериальное давление измеряют с помощью тонометра. При измерении АД у подростков 12 лет и старше используют взрослую манжету (13х26 см). У дошкольников и младших школьников артериальное давление измеряется с помощью детских возрастных манжет. В случае отсутствия детских манжеток возможно использование взрослой манжеты у детей 8-11 лет с учетом поправок на возраст и физическое развитие.

**Величина поправок к показателям систолического АД,
полученным при использовании стандартной манжеты (мм. рт. ст).**

Возраст, годы	Оценка физического развития		
	Нормальное физическое развитие	Дефицит массы тела	Избыток массы тела
7	+ 10	+ 15	+ 5
8	+ 10	+ 15	+ 5
9	+ 10	+ 15	+ 5
10	+ 10	+ 15	0
11	+ 5	+ 10	0
12	0	+ 5	0
13	0	0	0

Тест для выявления нарушений осанки

Возрастно-половые особенности физиологической осанки:

- у детей дошкольного возраста: голова немного вперед, плечевой пояс незначительно смещен кпереди, не выступая за уровень грудной клетки (в профиль); линия грудной клетки плавно переходит в линию живота, который выступает на 1-2 см; изгибы позвоночника выражены слабо, угол наклона таза невелик.

- у детей школьного возраста: голова незначительно наклонена вперед к корпусу, плечи не выдвинуты вперед, на уровне груди небольшой изгиб корпуса назад, лопатки отстают незначительно, поясничный лордоз постепенно уменьшается, живот еще выпячен, но менее выражено, чем у детей 6-7 лет; ось нижних конечностей у девочек: прямая или незначительно вальгусная (Х-образная) - расстояние между стопами при осмотре в фас до 2 см (2 пальца); у мальчиков - прямая или незначительно варусная (О-образная) - расстояние между голеньями при осмотре в фас до 2 см (2 пальца).

При проведении исследования ребенок, раздетый до трусов, находится в положении стоя, приняв естественную для него позу. Медицинская сестра осматривает ребенка и отвечает на 10 вопросов тестовой карты, подчеркивая «да» или «нет».

Порядок осмотра:

1. Осмотр в фас, руки вдоль туловища - определяется форма ног (нор-

мальная, О- и Х-образная), положение головы, шеи, симметрия плеч, равенство треугольников талии, деформация грудной клетки, симметрия таза.

2. Осмотр сбоку, поза как при осмотре в фас - определяется форма грудной клетки, живота, выступание лопаток, форма спины.

3. Осмотр со спины (поза сохраняется) - симметрия углов лопаток, равенство треугольников талии, форма позвоночника, форма ног (нормальная, О- или Х-образная), ось пяток (вагильная или нет).

В конце обследования ребенку предлагается сделать несколько шагов для выявления нарушений в походке.

Тестовая карта для выявления нарушений осанки

1	Явное повреждение органов движения, вызванное врожденными пороками, травмой, болезнью	Да	Нет
2	Голова, шея отклонены от средней линии, плечи, лопатки, таз установлены несимметрично	Да	Нет
3	Выраженная деформация грудной клетки - грудь «сапожника», впалая, «куриная»	Да	Нет
4	Выраженное увеличение или уменьшение физиологической кривизны позвоночника: шейного лордоза, грудного кифоза, поясничного лордоза	Да	Нет
5	Сильное отставание лопаток («крыловидные» лопатки)	Да	Нет
6	Сильное выступание живота (более 2-х см от линии грудной клетки)	Да	Нет
7	Нарушение осей нижних конечностей (О-образные или Х-образные)	Да	Нет
8	Неравенство треугольников талии	Да	Нет
9	Вальгусное положение пяток или пятки (ось пятки отклонена наружу) во время стояния	Да	Нет
10	Явные отклонения в походке: прихрамывающая, «утиная» и др.	Да	Нет

При оценке этого теста возможны следующие варианты заключений:

1. Нормальная осанка для данного возраста - отрицательные ответы на все вопросы.

2. Незначительные нарушения осанки - положительные ответы на один или несколько вопросов от номера 3,5,6,7 включительно. Дети, имеющие эти отклонения, наблюдаются врачом-педиатром. Выраженные нарушения осанки - положительные ответы на вопросы 1, 2, 4, 8, 9, 10 (один или несколько). Дети данной группы направляются на консультацию к ортопеду.

Приложение 12

Тест для выявления плоскостопия

Выявление плоскостопия проводится с помощью плантографии - получения отпечатков стоп с помощью плантографа. Оценка плантограммы проводится по методу В.А. Яралова-Яральянца с соавт.

Плантограф представляет собой деревянную рамку высотой 2 см и размером 40х40 см, на которую натянуто полотно и поверх него — полиэтиленовая пленка. Плотнo снизу смачивается чернилами или штемпельной краской. На пол

под окрашенную сторону плантографа кладется чистый лист бумаги. Обследуемый становится обеими ногами или поочередно то одной, то другой ногой на середину рамки, обтянутой полиэтиленовой пленкой. Окрашенная ткань прогибается, соприкасаясь в местах давления с бумагой, и оставляет на ней отпечатки стоп — плантограмму. При получении плантограммы стоп необходимо следить, чтобы обследуемый стоял на двух ногах с равномерной нагрузкой. При раздельном получении отпечатков (у старших школьников при больших размерах стопы) одна нога ставится на середину плантографа, другая рядом с плантографом на пол.

Оценка плантограммы:

- Первая линия соединяет середину пятки со вторым межпальцевым промежутком,
- вторая, проведенная из той же точки, проходит к середине основания большого пальца.

Заключение о состоянии опорного свода стоп

- Если контур отпечатка стопы в срединной части не перекрывает эти линии - **стопа нормальная**,
- если первая линия внутри отпечатка – **стопа уплощена**
- обе линии расположены внутри контура отпечатка стопы - **стопа плоская**.

Дети с уплощенной и плоской стопой должны быть направлены на консультацию к ортопеду.

Тестовое обследование и оценку плантограммы проводит медицинская сестра. Плантограммы должны храниться в «Медицинской карте ребенка» ф.№ 026/у-2000 или в «Истории развития ребенка» (форма №112/у).

Приложение 13

Исследование остроты зрения

- Для исследования остроты зрения у дошкольников используются таблицы Орловой Н.С. с картинками, острота зрения у школьников определяется по таблице Сивцева Д.А.-Головина С.С.
- Таблицы помещают в аппарат Рота - специальный ящик с зеркальными стенками и осветителем (для освещения таблиц применяется лампа накаливания 40 вт).
- Таблицу следует поместить на такую высоту, чтобы нижний край знаков был на уровне глаз ребенка.
- Ребенок сидит на стуле на расстоянии 5 м от таблицы.
- В начале определяется острота зрения при обоих открытых глазах, затем каждого глаза в отдельности (часто острота зрения правого и левого глаза неодинакова).
- Для раздельного обследования один глаз загороживается непрозрачной пластинкой из пластмассы, картона (размером приблизительно 10х15 см), специальным «язычком» таким образом, чтобы внутренний край его находился на средней линии носа (не давил на глаз), прикрывать глаз рукой или накладывать повязку не разрешается.
- При исследовании надо показывать картинки (буквы) вразбивку, без лишней поспешности, начиная с 10-й строчки таблицы (острота зрения равна 1,0).
- Аналогичный принцип следует сохранять и при показе букв (картинок) других строк (если ребенок называет часть или все буквы 10-й строки неправильно).
- Если ребенок не видит или допускает ошибки в чтении букв (распознавании картинок) 9-10-й строк, то его надо направить к офтальмологу.
- Исследование выполняется медицинской сестрой детского сада, школы.

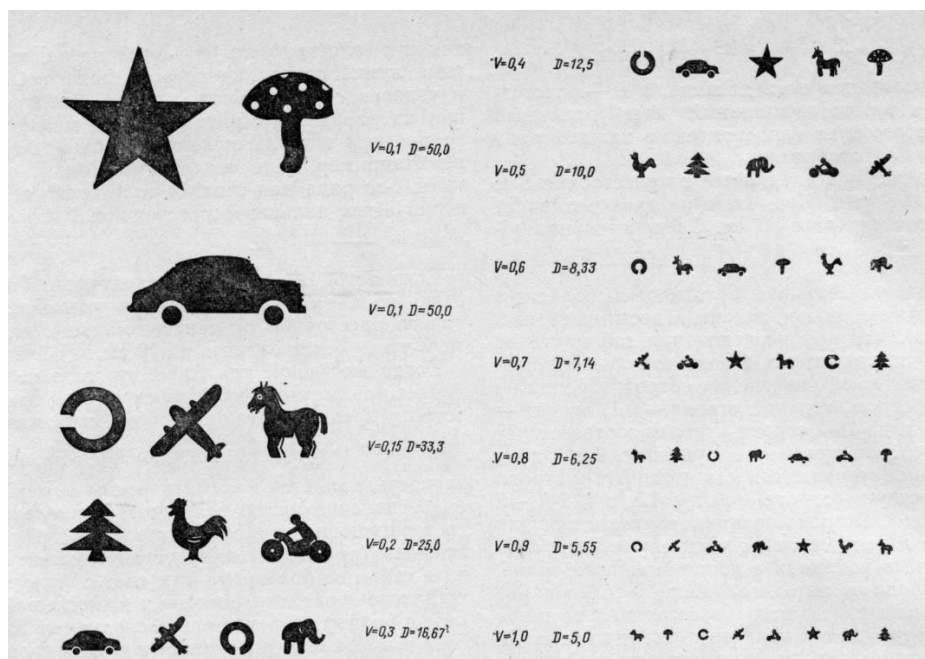


Таблица с картинками для исследования остроты зрения у дошкольников

Приложение 14

Тест Малиновского для определения предмиопии

Тест позволяет выделить при массовых осмотрах учащихся, не имеющих близорукости, но более других подверженных ей – «группу риска» по миопии, т.е. среди детей с нормальной остротой зрения (0,9-1,0) тех, кто имеет более сильную рефракцию, чем средняя возрастная.

Методика исследования. После определения остроты зрения к глазу ребенка 6-8 лет с нормальной остротой зрения подносится линза +1 Д (для этих целей удобно использовать очки в детской оправе с линзами +1Д, Дпр=56-58 мм) и вновь определяется острота зрения (обычным способом): каждый глаз обследуется отдельно при закрытом щитком другим глазом.

Оценка результатов: ребенок читает правильно через линзу каждым глазом буквы 9-10-й строк - тест Малиновского отрицательный - нормальная возрастная рефракция; ребенок, глядя через линзу, не может прочитать правильно буквы 9-10-й строк (делает много ошибок) или вообще не различает (острота зрения снижена на 10-30%) - тест Малиновского положительный - усиление возрастной рефракции (предмиопическое состояние). Дети, имеющие положительный тест, направляются к офтальмологу.

Тестирование проводится медицинской сестрой.

Приложение 15

Тест для определения бинокулярного зрения

Для определения бинокулярного зрения применяется тест Рейнеке (США) с двумя карандашами.

Методика обследования: ребенку дают заточенный карандаш и просят его, смотря двумя глазами, опустить кончик карандаша на заточенный конец другого карандаша, который держит в горизонтальном положении медсестра.

Оценка результатов: при наличии бинокулярного зрения задание легко выполняется ребенком. При нарушении бинокулярного зрения совместить концы карандашей ребенку не удастся. Таких детей необходимо направить к офтальмологу.

Приложение 16

Исследование остроты слуха шепотной речью

Обследуемый располагается на расстоянии 6 м от ребенка и шепотом произносит слова, содержащие звуки низкой и высокой частот

Примерная таблица слов для определения слуха

Низкие тоны (звуки)		Высокие тоны (звуки)	
Слова	Цифры	Слова	Цифры
кукла		час	
	два		шесть
молот		чай	
ухо		чаща	
	двадцать два		шестнадцать
пол		щи	
урок		сама	
Низкие тоны (звуки)		Высокие тоны (звуки)	
Слова	Цифры	Слова	Цифры
	три		шестьдесят шесть
окно		сажа	
ум		чиж	
	тридцать три	дача	
двор		шея	
мороз		яма	
море		статья	
пора		стая	
овощ		щека	
овод		и др.	
лампа			
и др.			

Необходимо произносить слова с одинаковой интенсивностью (ребенок не должен видеть артикуляции губ произносящего слова). Сначала определяется острота слуха одного уха (другое ребенок закрывает ладонью), затем второго. При проведении исследования в помещении должна соблюдаться полная тишина.

Оценка результатов: если ребенок правильно повторяет слова, произнесенные шепотом на расстоянии 6м, то острота слуха нормальная, если он различает слова с меньшего расстояния - острота слуха снижена, и ребенок должен быть направлен на консультацию к отоларингологу.

**Рекомендуемый ассортимент основных пищевых продуктов
для использования в питании детей в дошкольных
организациях (СанПин 2.4.1.3049-13)**

- Мясо и мясопродукты:
 - говядина 1-й категории;
 - телятина;
 - нежирные сорта свинины и баранины;
 - мясо птицы охлажденное (курица, индейка);
 - мясо кролика;
 - сосиски, сардельки (говяжьи), колбасы вареные для детского питания, не чаще чем 1–2 раза в неделю — после тепловой обработки;
 - субпродукты говяжьи (печень, язык).
- Рыба и рыбопродукты — треска, горбуша, лосось, хек, минтай, ледяная рыба, судак, сельдь (соленая), морепродукты.
- Яйца куриные — вареные или в виде омлетов.
- Молоко и молочные продукты:
 - молоко (2,5 и 3,2% жирности), пастеризованное, стерилизованное;
 - молоко сгущенное (цельное и с сахаром), сгущенно-вареное;
 - творог не более 9% жирности с кислотностью не более 150 °Т — после термической обработки, а также творог и творожные изделия промышленного выпуска в мелкоштучной упаковке;
 - сыр неострых сортов (твердый, полутвердый, мягкий, плавленый — для питания детей дошкольного возраста);
 - сметана (10 и 15% жирности) — после термической обработки;
 - кисломолочные продукты промышленного выпуска — ряженка, варенец, бифидок, кефир, йогурты, простокваша;
 - сливки (10% жирности);
 - мороженое (молочное, сливочное).
- Пищевые жиры:
 - сливочное масло (72,5 и 82,5% жирности);
 - растительное масло (подсолнечное, кукурузное, соевое — только рафинированное; рапсовое, оливковое) — в салаты, винегреты, сельдь, вторые блюда;
 - маргарин ограниченно для выпечки.
- Кондитерские изделия:
 - зефир, пастила, мармелад;
 - шоколад и шоколадные конфеты — не чаще 1 раза в неделю;
 - галеты, печенье, крекеры, вафли, пряники, кексы (предпочтительнее с минимальным количеством пищевых ароматизаторов и красителей);
 - пирожные, торты (песочные и бисквитные, без крема);
 - джемы, варенье, повидло, мед — промышленного выпуска.
- Овощи:

- свежие — картофель, капуста (бело- и краснокочанная, цветная, брюссельская, брокколи, морская), морковь, свекла, огурцы, томаты, перец сладкий, кабачки, баклажаны, патиссоны, лук (зеленый и репчатый), чеснок (с учетом индивидуальной переносимости), петрушка, укроп, листовой салат, щавель, шпинат, сельдерей, брюква, репа, редис, редька, тыква, корни белые сушеные, томатная паста, томат-пюре;
- быстрозамороженные (очищенные полуфабрикаты) — картофель, капуста (цветная, брюссельская, брокколи, морская), морковь, свекла, перец сладкий, кабачки, баклажаны, лук (репчатый), шпинат, сельдерей, тыква, горошек зеленый, фасоль стручковая.
- Фрукты:
 - яблоки, груши, бананы, сливы, персики, абрикосы, ягоды (за исключением клубники, в том числе быстрозамороженные);
 - цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны) — с учетом индивидуальной переносимости;
 - тропические фрукты (манго, киви, ананас, гуава) — с учетом индивидуальной переносимости;
 - сухофрукты.
- Бобовые: горох, фасоль, соя, чечевица.
- Орехи: миндаль, фундук, ядро грецкого ореха.
- Соки и напитки:
 - натуральные отечественные и импортные соки и нектары промышленного выпуска (осветленные и с мякотью);
 - напитки промышленного выпуска на основе натуральных фруктов;
 - витаминизированные напитки промышленного выпуска без консервантов и искусственных пищевых добавок;
 - кофе (суррогатный), какао, чай.
- Консервы:
 - говядина тушеная (в виде исключения при отсутствии мяса) для приготовления первых блюд;
 - лосось, сайра (для приготовления супов);
 - компоты, фрукты дольками;
 - баклажанная и кабачковая икра для детского питания;
 - зеленый горошек;
 - кукуруза сахарная;
 - фасоль стручковая консервированная;
 - томаты и огурцы соленые.
- Хлеб (ржаной, пшеничный или из смеси муки, предпочтительно обогащенный), крупы, макаронные изделия — все виды без ограничения.
- Соль поваренная йодированная — в эндемичных по содержанию йода районах.

**Пищевые продукты, которые недопустимо использовать
в питании детей в дошкольных организациях
(СанПиН 2.4.1.3049-13)**

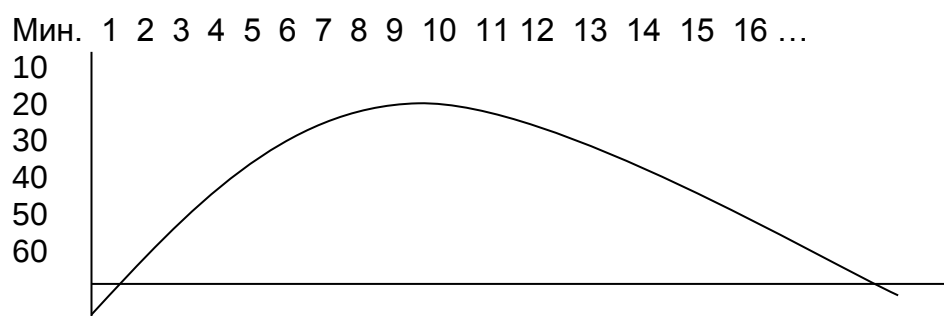
- Мясо и мясопродукты:
 - мясо диких животных;
 - коллагенсодержащее сырье из мяса птицы;
 - мясо 3-й и 4-й категории;
 - мясо с массовой долей костей, жировой и соединительной ткани свыше 20%;
 - субпродукты, кроме печени, языка, сердца;
 - кровяные и ливерные колбасы;
 - непотрошенная птица;
 - мясо водоплавающих птиц.
- Блюда, изготовленные из мяса, птицы, рыбы:
 - зельцы, изделия из мясной обреза, диафрагмы, рулеты из мякоти голов;
 - блюда, не прошедшие тепловую обработку, кроме соленой рыбы (сельдь, семга, форель).
- Консервы — с нарушением герметичности банок, бомбажные, «хлопуши», банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток.
- Пищевые жиры:
 - кулинарные жиры, свиное или баранье сало, маргарин (разрешен только для выпечки) и другие гидрогенизированные жиры;
 - сливочное масло жирностью ниже 72%;
 - жареные в жире (во фритюре) пищевые продукты и кулинарные изделия, чипсы.
- Молоко и молочные продукты:
 - молоко и молочные продукты из хозяйств, неблагополучных по заболеваемости сельскохозяйственных животных;
 - молоко, не прошедшее пастеризацию;
 - молочные продукты, творожные сырки с использованием растительных жиров;
 - мороженое;
 - творог из непастеризованного молока;
 - фляжная сметана без термической обработки;
 - простокваша «самоквас».
- Яйца:
 - водоплавающих птиц;
 - с загрязненной скорлупой, насечкой, потекшие, бой;
 - из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам.
- Кремовые кондитерские изделия (пирожные и торты) и кремы.
- Прочие продукты и блюда:

- любые пищевые продукты домашнего (не промышленного) изготовления, а также принесенные из дома (в том числе при организации праздничных мероприятий, праздновании дней рождения и др.);
- первые и вторые блюда на основе сухих пищевых концентратов быстрого приготовления;
- крупы, мука, сухофрукты и другие продукты, загрязненные различными примесями или зараженные амбарными вредителями;
- грибы и кулинарные изделия, из них приготовленные;
- квас, газированные напитки;
- уксус, горчица, хрен, перец острый и другие острые приправы и содержащие их пищевые продукты, включая острые соусы, кетчупы, майонезы и майонезные соусы;
- маринованные огурцы, томаты, сливы, яблоки с применением уксуса, не прошедшие перед выдачей термическую обработку;
- кофе натуральный;
- ядра абрикосовой косточки, арахиса;
- карамель, в том числе леденцовая;
- продукты, в том числе кондитерские изделия, содержащие алкоголь;
- кумыс и другие кисломолочные продукты с содержанием этанола (более 0,5%).

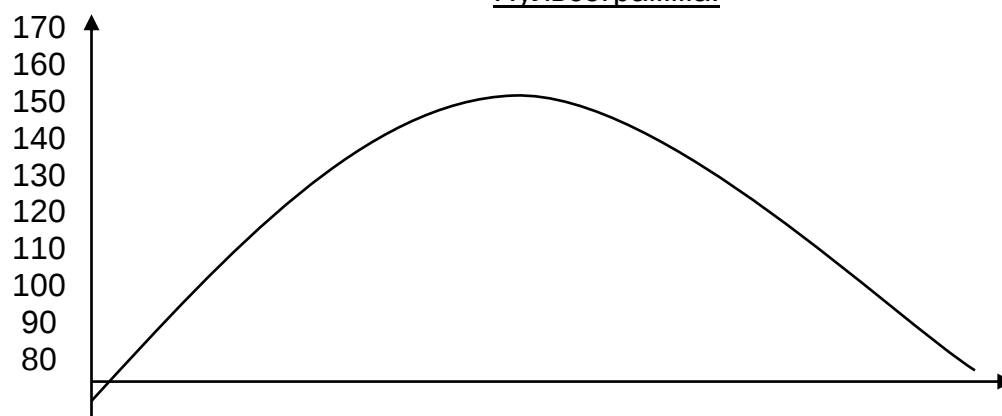
При проведении медико-педагогических наблюдений рекомендуется пользоваться стандартным протоколом медико-педагогического контроля физкультурного занятия. Примерная схема рекомендуемого оформления данного протокола приводится ниже.

Дата

Хронометраж занятия и пульсометрия:



Пульсограмма:



С полученными результатами медико-педагогического наблюдения знакомится врач дошкольного учреждения и школы, преподаватель физкультуры не позднее, чем на следующий день после занятий. Предварительно уточняются данные хронометрирования, проведенного преподавателем. При необходимости эти данные докладываются на педагогическом совете школы, доводятся до сведения директора и его заместителей.

Приложение 20

Тесты базовой скрининг-программы оценки физической подготовленности

Тест по определению максимальной силы кисти. Динамометрия ручная: измерение силы правой и левой руки производят детским или взрослым ручным динамометром в положении стоя с выпрямленной и поднятой в сторону рукой. Динамометр берут в руку стрелкой к ладони. Выполняют 2–3 попытки сначала левой, затем правой рукой. Регистрируют лучший результат обеих кистей.

Исследование жизненной емкости легких. Измеряют с помощью спирометра. Детям, обученным глубокому вдоху и медленному, до «отказа» выдоху, предоставляют три попытки и фиксируют лучший результат.

Тесты на определение силовой выносливости. Поднимание ног в положении лежа на спине: ребенок лежит на спине в положении «руки за голову». По команде он поднимает прямые и сомкнутые ноги до вертикального положения и затем снова опускает их до пола. Плечи фиксирует другой ребенок. Засчитывают число правильно выполненных подниманий ног за 30 с.

Тесты по определению скоростно-силовых качеств.

- **Прыжок в длину с места:** можно проводить на площадке в теплое время года, а в помещении — в холодное. Прыжок выполняют в заполненную песком яму или взрыхленный грунт (площадью 1×2 м). При неблагоприятных погодных условиях прыжки можно проводить в физкультурном зале, для этого может быть использована резиновая дорожка. Ребенок прыгает, отталкиваясь двумя ногами от размеченной линии отталкивания. При приземлении нельзя опираться сзади руками. Измеряют расстояние между линией отталкивания и отпечатком ног (по пяткам) при приземлении. Засчитывают лучшую из трех попыток.
- **Бросок набивного (медицинского) мяча (1 кг)** двумя руками из-за головы из исходного положения стоя: испытание проводят на ровной площадке длиной не менее 10 м. Ребенок встает у контрольной линии разметки и бросает мяч из-за головы двумя руками вперед из исходного положения стоя, одна нога впереди, другая сзади или ноги врозь. При броске ступни должны сохранять контакт с землей. Допускают движение вслед за произведенным броском. Делают три попытки. Засчитывают лучший результат.

Тесты для определения координации движений и ловкости.

- **Ловля мяча:** взрослый с расстояния 1 м бросает мяч об пол в сторону ребенка. Ребенок ловит подпрыгивающий мяч ладонями. Тест засчитывают, если ребенок выполняет две попытки из трех.
- **Подскоки:** ребенок в возрасте 3–4 лет балансирует на одной ноге в течение 5 и 10 с; ребенок в возрасте 4 лет прыгает на одной ноге на месте; с 5 лет — прыгает на одной ноге, продвигаясь не менее 1 м.
- **Прыжки через скакалку:** ребенок держит скакалку за оба конца. Ее нужно держать ненапрянутой. Ребенок должен прыгать вперед через скакалку, не отрывая от нее кистей и не касаясь ее ступнями. Во время прыжков ребенок приземляется на обе ступни. Он не должен терять равновесия. Прыжки засчитывают только при этих условиях. Засчитывают число правильно выполненных прыжков. Делают три попытки. Тест предназначен для детей в возрасте 5 лет и старше.

Приложение 21

Тесты расширенной скрининг-программы оценки физической подготовленности

- **Исследование становой силы:**
 - становую силу можно измерять ручным динамометром с предельным значением шкалы 90 кг, который вкладывают в специальное устройство для осуществления становой динамометрии;
 - фиксируют наибольший результат при двукратном измерении.
- **Определение выносливости мышц спины к статическим нагрузкам:**
 - ребенка укладывают поперек кушетки лицом вниз, чтобы верхняя часть туловища до гребней подвздошных костей находилась на весу;
 - руки ребенок ставит на пояс, ноги удерживаются исследователем, который по секундомеру фиксирует время до полного утомления мышц спины.

- Определение общей выносливости — бег на дистанции 90, 120, 150, 300 м (в зависимости от возраста детей):
 - проводят на стадионе или размеченной площадке двое взрослых;
 - по команде «внимание» дети подходят к стартовой линии, по команде «марш» дают отмашку флажком и «старт» для начала бега, включают секундомер;
 - при пересечении финишной линии секундомер выключают;
 - выполняют одну попытку на дистанцию 300 м для детей в возрасте от 5 лет и старше;
 - детям в возрасте 5 лет — дистанция 90 м, 6 лет — 120 м, 7 лет — 150 м.
- Определение физической работоспособности по пробе PWC₁₇₀ с применением степ-теста:
 - используют дозированную физическую нагрузку — восхождение на ступеньку в течение 2 мин с частотой 30 подъемов в минуту;
 - высоту ступеньки подбирают индивидуально для каждого ребенка в зависимости от длины его ноги (см. ниже);
 - ходьбу проводят под счет взрослого;
 - движения при ходьбе имеют двухтактный характер — ребенок ставит одну ногу всей ступней на ступеньку, поднимает вторую ногу и приставляет к первой — в этот момент стоит обеими ногами на ступеньке, опускает одну ногу на пол, приставляет к ней другую ногу;
 при движении можно оказать помощь ребенку, слегка придерживая его за руку, с целью поддержания ритма движения и необходимой его частоты.

Определение высоты ступеньки при выполнении степ-теста в зависимости от длины ноги ребенка

Длина ноги, см	53	55	58	60	62	65	67	70	72
Высота ступени, см	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Определение физической работоспособности (PWC₁₇₀) расчетным методом по формуле (Абросимова Л.И., Карасик В.Е.):

$$PWC_{170} = [(170 - \text{ЧСС покоя}) / (\text{ЧСС нагрузки} - \text{ЧСС покоя})] \times N \text{ нагрузки},$$

где N = P × n × h, P — вес ребенка (кг); n — число подъемов на ступеньку в минуту (30); h — высота ступеньки (см).

Приложение 22

Тест Керна-Иерасека

Тест состоит из трех заданий:

- нарисовать мужчину;
- срисовать фразу «он ел суп»;
- срисовать группы точек.

Нужно заранее заготовить карточки размером 7–8 на 13–14 см: первая — с вертикальным размером букв 1 см (заглавной — 1,5 см); вторая — с нарисованной группой точек диаметром 2 мм и расстоянием между ними 2 см.

Ребенку (или группе детей из 10–15 человек) дают чистый лист нелинованной бумаги. В правом верхнем углу указывают фамилию, возраст ребенка, номер детского сада и дату исследования. Под рабочий лист подкладывают лист плотной бумаги. Карандаш кладут перед ребенком так, чтобы ему было одинаково удобно взять его и правой, и левой рукой.

Лицевую сторону отводят для выполнения первого задания, ребенку дают следующую инструкцию: «Здесь (каждому показывают где) нарисуй какого-нибудь мужчину (дядю) так, как умеешь».

Дальнейшее объяснение, помощь или предупреждение по поводу ошибок и недостатков рисунка запрещена. Разрешают ребенка подбодрить, если он не может начать работу: «Видишь, как ты хорошо начал. Рисуй дальше». Если ребенок начал рисовать женскую фигуру, можно разрешить ему ее дорисовать, а затем попросить рядом нарисовать мужскую.

После того как ребенок закончит рисунок, рабочий лист переворачивают. Обратную сторону его делят горизонтальной линией пополам.

Для выполнения второго задания карточку с рукописной фразой «Он ел суп» кладут перед ребенком чуть выше рабочего листа.

Задание формулируют так: «Посмотри, здесь что-то нарисовано. Ты еще не умеешь писать, поэтому попробуй это нарисовать. Хорошо посмотри, как это написано, и в верхней части листа (показать где) напиши так же». Если кто-то из детей не рассчитает длину строки и третье слово не будет помещаться на строке, нужно ребенку подсказать, что его можно написать ниже или выше.

После выполнения второго задания первую карточку у него отбирают, а на ее место кладут вторую (с группой точек) таким образом, чтобы острый угол пятиугольника, образованного точками, был направлен вниз. К третьему заданию дают инструкцию: «Здесь нарисованы точки. Попробуй нарисовать такие же в нижней части листа» (показать где).

Оценку результатов выполнения каждого из этих заданий проводят по 5-балльной системе: 1 балл — наилучшая, 5 — наихудшая оценка.

Рисунок мужчины:

- 1 балл — есть голова, туловище, конечности, шея, волосы, уши, на лице глаза, нос, рот, на руке пять пальцев, мужская одежда;
- 2 балла — могут отсутствовать шея, уши, волосы, один палец;
- 3 балла — могут отсутствовать шея, уши, волосы, одежда, пальцы на руках, ступни ног;
- 4 балла — примитивный рисунок головы с конечностями;
- 5 баллов — каракули.

Фраза «Он ел суп»:

- 1 балл — фразу можно прочитать, буквы выше образца не более чем в 2 раза, строка отклонена от прямой не более чем на 30°;
- 2 балла — предложение можно прочитать, буквы по величине близки к образцу, их стройность не обязательна;
- 3 балла — буквы должны быть разделены не менее чем на 2 группы, можно прочесть хотя бы 4 буквы;
- 4 балла — с образцом схожи хотя бы 2 буквы;
- 5 баллов — каракули.

Срисовывание группы точек:

- 1 балл — точное воспроизведение образца, нарисованы точки, а не кружочки, может быть уменьшение фигуры не более чем наполовину;
- 2 балла — незначительное нарушение симметрии, одна точка может выходить за рамки столбца или строки, допустимо изображение кружков вместо точек;
- 3 балла — группа точек грубо похожа на образец, может быть нарушение симметрии, сохраняется подобие пятиугольника, может быть больше или меньше точек, но не менее 7 и не более 20;
- 4 балла — точки расположены кучно, могут напоминать любую геометрическую фигуру;
- 5 баллов — каракули.

Приложение 23

Шкала для определения эмоционального профиля детей школьного возраста

Признаки	Баллы
Пониженное настроение (депрессия)	
Поведение без признаков депрессии	+10
Эпизодические проявления сниженного настроения	+7
Легкая депрессия, из которой ребенок выходит в случае интересных занятий, игр	+2
Депрессия умеренная: задумчив, вял, рассеян, с трудом вовлекается в процесс общения	–3
Депрессия отчетливо выражена	–6
Выраженная «активная» депрессия: негативное отношение к школе	–8
Полное нежелание идти в школу. Идет со слезами, в сопровождении родителей	–10
Социальные контакты	
Легко, уверенно входит в контакт	+10
Активно ищет и устанавливает социальные контакты с незнакомыми сверстниками	+8
Инициативы в установлении контактов не проявляет, но при случае выражает готовность «сотрудничать» со сверстниками	+4
Избирателен в общении из-за робости, мало инициативен	–9
Активно не поддерживает социальных контактов	–5
Замкнут, недоверчив, находится в добровольной изоляции	–2
Познавательная деятельность	
Активно, с интересом участвует в занятиях. Старательный, стремится все делать лучше, чем другие	+10
Без принуждения участвует в занятиях, во всем пытается разобраться сам	+8
Проявляет избирательный интерес к определенным видам занятий и остается безучастным к другим	+2
Учится без видимого желания, формально, принуждая себя	–7
К учебе не проявляет интереса, тяготеет к ней	–10
Дисциплина	
С особой тщательностью и усердием выполняет все требования, нередко старается превосходить их	+10
Выполняет почти все требования родителей. Усидчив, старателен, мало отвлекается	+8

Признаки	Баллы
Пытается идти в ногу с классом, но это не всегда удается ввиду несобранности и отвлекаемости	+2
Требования учителя выполняет неохотно, формально	–3
На уроках отвлекается, часто занят посторонним делом или «отсутствует»	–5
Игнорирует требования учителя, а иногда поступает вопреки им	–9
Реакция агрессии (гнева)	
Гнев проявляется редко и в адекватной ситуации	+9
Гнев практически отсутствует в силу характерологических особенностей — умения все решать мирным путем, не унижая своего достоинства	+8
Гнев отсутствует в связи со сниженным настроением от пребывания в школе, но ребенок еще может защитить себя	–3
Гнев отсутствует совершенно, ребенок не может постоять за себя, а иногда убегает от обидчика	–9
Не всегда мотивированные проявления агрессии в отношении сверстника	–4
Отчетливые и частые проявления агрессии в отношении сверстников и даже учителя	–8
Агрессия иногда достигает силы аффекта. Ребенок озлоблен, дерзит, вступает в пререкания с персоналом школы или учителем. В знак протеста хулиганит, паясничает, может уйти из школы	–10
Страх	
Страх отсутствует	+10
Эпизодически робок, застенчив и стеснителен	+5
Ребенок явно робок и застенчив, легко теряется при попытке выяснить какой-либо вопрос	–3
Указанные черты выражены	–6
В случае выраженной тревоги и неуверенности ребенок ищет защиты у учителя или более зрелых сверстников. В некоторых случаях предпочитает остаться дома	–9
Игровая деятельность	
Заводила в играх, выдумывает новые варианты игр	+9
Эпизодически может принимать участие в играх по собственной инициативе	+6
Присматривается к игре с любопытством	+3
Интереса к играм не проявляет, но при активном побуждении может кратковременно и без особого желания участвовать в некоторых играх	–2
К играм не проявляет никакого интереса. Попытки привлечь к игре не приводят к успеху	–7
Двигательная активность на перемене	
Двигательная активность очень высокая и проявляется в шумных развлечениях, шалостях	+8
Подвижен, оживлен, бегают по коридору, скачет и пр.	+6
Двигательная активность низкая	+1
Не может найти себе подходящего места и занятия. Двигательная активность крайне низкая	–8

Признаки	Баллы
Общее самочувствие	
Жалоб не предъявляет, после занятий чувствует себя бодрым и свежим	+10
Активно не жалуется, но в беседе можно выявить чувство «рабочей» усталости после занятий	+7
Жалуется на недомогание, головную боль, дисфункцию желудочно-кишечного тракта и т.д. при отсутствии в анамнезе соответствующих заболеваний	–3
Усиление жалоб, имеющих в основе функциональную или органическую патологию	–6
Жалобы принимают характер устойчивой симуляции	–8
Появление или усиление вредных привычек или невротических расстройств	–10

Приложение 24

Перечень продуктов, блюд, которые не допускают для реализации в организации питания в образовательных учреждениях

- Пищевые продукты с истекшими сроками годности и признаками недоброкачества.
- Остатки пищи от предыдущего приема и пища, приготовленная накануне.
- Плодоовощная продукция с признаками порчи.
- Мясо, субпродукты всех видов сельскохозяйственных животных, рыба, сельскохозяйственная птица, не прошедшие ветеринарный контроль.
- Субпродукты, кроме печени, языка, сердца.
- Непотрошенная птица.
- Мясо диких животных.
- Яйца и мясо водоплавающих птиц.
- Яйца с загрязненной скорлупой, насечкой, потекшие, бой, а также из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам.
- Консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные, «хлопуши», банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток.
- Крупа, мука, сухофрукты и другие продукты, загрязненные различными примесями или зараженные амбарными вредителями.
- Любые пищевые продукты домашнего (не промышленного) изготовления.
- Кремовые кондитерские изделия (пирожные и торты).
- Зельцы, изделия из мясной обреси, диафрагмы; рулеты из мякоти голов, кровяные и ливерные колбасы.
- Творог из непастеризованного молока, фляжный творог, фляжная сметана без термической обработки.
- Простокваша «самоквас».
- Грибы и продукты (кулинарные изделия), из них приготовленные.
- Квас.
- Молоко и молочные продукты из хозяйств, неблагополучных по заболеваемости сельскохозяйственных животных, а также не прошедшие первичную обработку и пастеризацию.
- Сырокопченые мясные гастрономические изделия и колбасы.
- Блюда, изготовленные из мяса, птицы, рыбы, не прошедших тепловую обработку.
- Жареные во фритюре пищевые продукты и изделия.
- Уксус, горчица, хрен, перец острый (красный, черный) и другие острые (жгучие) приправы.

- Острые соусы, кетчупы, майонез, закусочные консервы, маринованные овощи и фрукты.
- Кофе натуральный; тонизирующие, в том числе энергетические напитки, алкоголь.
- Кулинарные жиры, свиное или баранье сало, маргарин и другие гидрогенизированные жиры.
- Ядро абрикосовой косточки, арахис.
- Газированные напитки.
- Молочные продукты и мороженое на основе растительных жиров.
- Жевательная резинка.
- Кумыс и другие кисломолочные продукты с содержанием этанола (более 0,5%).
- Карамель, в том числе леденцовая.
- Заливные блюда (мясные и рыбные), студни, форшмак из сельди.
- Холодные напитки и морсы (без термической обработки) из плодово-ягодного сырья.
- Окрошки и холодные супы.
- Макароны по-флотски (с мясным фаршем), макароны с рубленым яйцом.
- Яичница-глазунья.
- Паштеты и блинчики с мясом и творогом.
- Первые и вторые блюда из (на основе) сухих пищевых концентратов быстрого приготовления.

Приложение 25

Анкета для оценки состояния менструальной функции у девушек

Милая девушка!

У тебя и твоих подруг менструация начинается в разном возрасте: у одних в 10 лет, у других в 13 и даже в 16 лет, потому что у каждой девушки созревание происходит по своим биологическим часам. Вместе с тем, к моменту окончания школы менструальный цикл у девушек должен быть сформирован, так как от этого во многом зависит возможность стать матерью.

Вопросы анкеты помогут врачам оценить состояние менструальной функции и позволят своевременно дать рекомендации при выявлении нарушений этой функции. Отметь, пожалуйста, «галочкой» или «крестиком» выбранный ответ.

Фамилия, имя, отчество _____

Школа (профессиональное училище, колледж) _____

Класс (группа) _____ **Дата рождения** _____

Дата заполнения анкеты _____

Менструаций нет	
Менструации есть	
В каком возрасте менструации наступили Вписать месяц и год первой менструации	
Регулярный цикл установился:	
- сразу	
- через 2-6 месяцев	
- через 7-12 месяцев	
- через 13-18 месяцев	
- через 19-24 месяца	
- еще не установился	
Длительность менструации (кровяных выделений)	

- 3-4; 4-5; 5-6 дней	
- 1-2 дня	
- 7 и более дней	
Количество теряемой крови	
- умеренные выделения (когда первые 1-2 дня выделения умеренные, а последующие 2-3 дня выделения становятся более обильными)	
- обильные выделения (теряю много крови, менструация сопровождается выраженной слабостью, головокружением, обморочными состояниями, бледностью кожных покровов)	
- скудные выделения (мажущиеся кровянистые выделения)	
Продолжительность менструального цикла	
- менее 21 дня	
- 21-23 дня	
- 24-26 дней	
27-29 дней	
30-31 день	
32-34 дня	
32-34 дня	
Болезненность менструаций:	
- безболезненные	
- умеренно болезненные	
- болезненные	
- болезненность резко выражена, с обмороками	

Приложение 26

Анкета для оценки состояния молочных желез у девушек

Милая девушка!

Вопросы анкеты помогут врачам оценить состояние молочных желез и позволят своевременно дать рекомендации при выявлении нарушений. Ответь, пожалуйста, на вопросы, отметив «галочкой» или «крестиком» выбранный положительный ответ или несколько ответов.

Фамилия, имя, отчество _____ **Школа (профессиональное училище, колледж)**

Класс (группа) _____ **Дата рождения** ____ **Дата заполнения анкеты** _____

Вопрос	Да
Состоишь ли ты на учете у гинеколога по поводу заболеваний (киста/кисты яичников, воспаление яичников, маточных труб)?	
Были ли у тебя травмы, ушибы молочных желез?	
Бывают ли у тебя боли в молочных железах, не связанные с началом менструаций?	
Бывают ли у тебя выделения из соска?	
Болели ли у тебя молочные железы, когда росли?	
Бывают ли у тебя боли в молочных железах перед менструацией?	
Есть ли или были ли заболевания молочных желез у твоей мамы, бабушки, сестры, тети?	
Есть ли у тебя заболевания щитовидной железы (диффузный зоб, тиреоидит или другие) ?	

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1.

Медицинская сестра провела анкетирование с помощью формализованной анкеты родителей 15 детей подготовительной группы ДОО.

В анкетах 10 детей на все вопросы получены отрицательные ответы.

У Петрова В. получены положительные ответы на вопросы: 1, 5, 6.

У Ивановой И. получены положительные ответы на вопросы: 12.

У Сидорова П. получены положительные ответы на вопросы: 15, 19.

У Васильева Г. получены положительные ответы на вопросы: 23.

У Жукова Л. получены положительные ответы на вопросы: 8, 9, 25.

Вопрос.

Какие дальнейшие действия должна предпринять медсестра по результатам анкетирования?

Ответ.

Медсестра отбирает анкеты с положительными ответами, информирует врача о детях, нуждающихся в дополнительном обследовании.

По назначению врача медсестра оформляет направления детям на консультации к специалистам: Петрова В – к неврологу, Иванову И. – к отоларингологу, Сидорова П. – к гастроэнтерологу, Васильева Г. – к аллергологу, Жукова Л. – к неврологу и аллергологу.

Ситуационная задача №2.

Медицинская сестра провела исследование остроты зрения с помощью таблиц Орловой 15 детям подготовительной группы ДОО.

Двое детей не распознают картинки 9 и 10 строк.

Остальные 13 детей распознают картинки 9 и 10 строк.

Вопрос.

Какие дальнейшие действия должна предпринять медсестра по результатам исследования?

Ответ.

Дети, которые не распознают картинки 9 и 10 строк, должны быть направлены к офтальмологу.

Остальным детям (с нормальной остротой зрения) медицинская сестра проводит тест Малиновского на выявление предмиопии с помощью линзы +1Д.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ
ПО ТЕМЕ «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ»**

1. Выявление уплощения стопы проводится с помощью
 - а) сантиметровой ленты
 - б) визуального осмотра
 - в) плантографа
 - г) теста Малиновского
2. Выявление близорукости проводится с помощью:
 - а) теста Рейнеке
 - б) визуального осмотра
 - в) таблиц Сивцевой-Орловой
 - г) теста Малиновского
3. Медицинская сестра ДОО проводит осмотр работников пищеблока:
 - а) 2 раз в месяц
 - б) ежедневно
 - в) 2 раза в неделю
 - г) 1 раз в месяц
4. Тесты базовой скрининг программы проводятся:
 - а) медицинской сестрой ДОО
 - б) педиатром ДОО
 - в) психологом ДОО
 - г) врачами-специалистами
5. Выполнение среднесуточной нормы выдачи продуктов на одного ребенка медицинская сестра ДОО проводит:
 - а) 2 раз в месяц
 - б) ежедневно
 - в) 1 раз в месяц
 - г) 1 раз в 10 дней
6. У детей раннего возраста оценку эмоционально-поведенческих реакций проводят:
 - а) ежедневно
 - б) 1 раз в 3 дня
 - в) 1 раз в неделю
 - г) 1 раз в месяц
7. У детей дошкольного возраста оценку эмоционально-поведенческих реакций проводят:
 - а) ежедневно
 - б) 1 раз в 3 дня
 - в) 1 раз в неделю
 - г) 1 раз в месяц
8. Оценка уровня нервно-психического развития, для контроля за течением адаптации, используется у:
 - а) у детей любого возраста
 - б) у детей дошкольного возраста
 - в) у детей раннего возраста
 - г) у детей школьного возраста

9. Медицинская сестра осуществляет контроль за питанием в ДОО:
- а) ежедневно
 - б) неоднократно, ежедневно
 - в) еженедельно
 - г) 2 раза в неделю
10. Измерение массы тела у дошкольников в период адаптации к ДОО медицинская сестра проводит:
- а) 1 раз в 3 дня
 - б) 1 раз в 5-7 дней
 - в) 1 раз в 10 дней
 - г) 1 раз в 30 дней

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ
ПО ТЕМЕ «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ»**

1-в, 2-г, 3- б, 4-а, 5-г, 6-а, 7-б, 8-в, 9-б, 10- б.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ
ПО ТЕМЕ «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ»**

1. Согласие родителей или законных представителей ребенка на проведение профилактических прививок должно быть получено
- а) не требуется
 - б) устно
 - в) на усмотрение врача
 - г) письменно
2. Перед вакцинацией ребенка медицинская сестра школы должна проинформировать родителей о:
- а) различных видах вакцин
 - б) составе вакцин;
 - в) правилах хранения вакцин;
 - г) пользе прививок, возможных реакциях и осложнениях;
3. Выявление нарушений бинокулярного зрения проводится с помощью:
- а) теста Рейнеке
 - б) визуального осмотра
 - в) таблиц Сивцевой-Орловой
 - г) теста Малиновского
4. Анкетный тест позволяет:
- а) выявить жалобы
 - б) уточнить диагноз
 - в) выявить противопоказания к обучению в школе
 - г) провести прогноз адаптации к школе
5. Тест Малиновского для выявления предмиопии проводят детям:
- а) с нарушенной остротой зрения
 - б) с нормальной остротой зрения

- в) с нарушениями бинокулярного зрения
- 6. Лечебная работа медицинская сестра школы заключается в:
 - а) в изоляции остро заболевшего ребенка
 - б) в заборе крови для общего анализа
 - в) в лечении остро заболевших детей
- 7. Приоритетным направлением деятельности медицинской сестры школы является:
 - а) лечебное
 - б) профилактическое
 - в) организационно-методическое
 - г) социально-правовая помощь
- 8. Измерение массы тела у первоклассников медицинская сестра проводит:
 - а) 1 раз в 30 дней
 - б) в конце каждой четверти
 - в) 1 раз в 10 дней
 - г) в конце каждого полугодия
- 9. При контроле течения адаптации у первоклассников измерение артериального давления проводят:
 - а) в конце учебного года
 - б) перед началом обучения
 - в) в конце каждой четверти
 - г) в конце I и III четверти
- 10. К продуктам и блюдам, которые нельзя использовать в питании детей в школе, относят:
 - а) макароны
 - б) яйцо
 - в) студень
 - г) печенье

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ
ПО ТЕМЕ «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИСКОЙ СЕСТРЫ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ»**

1- г, 2-г, 3-а, 4-а 5-б, 6-а, 7-б, 8-б, 9- г, 10-в.

Список рекомендуемой литературы

Основная

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми: руководство к практическим занятиям и сестринской практике: учеб.пособие /А.М. Запруднов, К.И. Григорьев. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2015. – 512 с.
2. Поликлиническая педиатрия и неотложная терапия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.

Дополнительная

3. Жданова Л.А. и др. Медико-педагогические мероприятия по облегчению адаптации детей к образовательным учреждениям: Учебное пособие. — Иваново, ГОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития России, 2011. — 114 с.
4. Жданова Л.А., Русова Т.В., Селезнева Е.В. и др. Организация и медицинский контроль физического воспитания детей в образовательных учреждениях: Учеб. пособие для студентов педиатрических факультетов медицинских вузов. — Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2005- 95 с.
5. Нервно-психическое развитие детей: прогнозирование и диагностика его нарушений: Учебное пособие (издание второе) / Л.А. Жданова, Г.Н. с соавт. ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава – Иваново, 2006. – 147 с.
6. Основы формирования здоровья детей: учебник /Л.А. Жданова и др.; под ред. Л.А. Ждановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 416 с.
7. Приказ МЗ и СР РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
8. Приказ МЗ РФ от 10 августа 2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
9. Приказ МЗ РФ от 5 ноября 2013 г. N 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»
10. Приказ МЗ РФ от 7 марта 2018 г. N 92 н «Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».
11. Приказ МЗ РФ от 7 марта 2018 г. № 92н “Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».
12. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А. А. Баранова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.
13. Руководство по диагностике и профилактике школьно обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. В.Р. Кучмы и д.м.н. П.И. Храмцова. — М.: Изд-во НЦЗД РАМН, 2012. — 181 с.
14. Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях / Под. ред. чл.-корр. РАМН, проф. В.Р. Кучмы и д.м.н. П.И. Храмцова. — М.: Издатель НЦЗД, 2012. — 181 с.
15. Руководство по медицинскому обеспечению детей в образовательных учреждениях (Руководство по школьной медицине). Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования /Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. В.Р. Кучмы. — М.: Изд-во НЦЗД РАМН, 2012. — 215 с.

Список сокращений

АД	артериальное давление
ДАД	диастолическое артериальное давление
ДОО	дошкольная образовательная организация
НОТ	научная организация труда
ОДА	опорно-двигательный аппарат
ОО	образовательная организация
PWC170	физическая работоспособность
САД	систолическое артериальное давление
СанПиН	санитарно-эпидемиологические правила и нормативы
УГГ	утренняя гигиеническая гимнастика
ФП	физическая подготовленность
ЧСС	частота сердечных сокращений

Организация работы медицинской сестры в образовательных организациях

Учебное издание

Подписано в печать⁶ Формат 60×84 1/16 .
Уч.-изд. л. Тираж экз.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
МЗ Российской Федерации