

**МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«БРЯНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

УТВЕРЖДАЮ:
Ректор, профессор

С. М. Сычёв
21 мая 2026 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

**О проведении социально-психологического
тестирования обучающихся и прохождении
профилактических медицинских осмотров
обучающимися ФГБОУ ВО Брянский ГАУ**

Брянская область, 2026

1. Общие положения

1.1. Положение «О проведении социально-психологического тестирования обучающихся и прохождении профилактических медицинских осмотров обучающимися ФГБОУ ВО Брянский ГАУ» (далее – Положение) является локальным нормативным актом федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Брянский государственный аграрный университет» (далее – ФГБОУ ВО Брянский ГАУ, Университет), регламентирующим правила проведения в Университете (головной организации) социально-психологического тестирования (далее – тестирование, СПТ) обучающимися и прохождении профилактических медицинских осмотров обучающимися, направленных на профилактику и раннее выявление незаконного потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 20.02.2020 № 239 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных организациях высшего образования»;
- приказом Министерства здравоохранения России от 14.07.2015 № 443н «О Порядке направления обучающегося в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающее наркологическую помощь, в случае выявления незаконного потребления обучающимся наркотических средств и психотропных веществ в результате социально-психологического тестирования и (или) профилактического медицинского осмотра»;
- иными нормативными правовыми актами;
- Уставом ФГБОУ ВО Брянский ГАУ;
- локальными нормативными актами ФГБОУ ВО Брянский ГАУ.

1.3. Действие настоящего Положения распространяется на филиалы ФГБОУ ВО Брянский ГАУ.

2. Порядок проведения социально-психологического тестирования обучающихся

2.1. Тестирование обучающихся является добровольным. Тестирование обучающихся, достигших возраста пятнадцати лет, проводится при наличии их информированных добровольных согласий об участии в тестировании (далее – информированное согласие) в письменной форме, либо информированного согласия в письменной форме одного из родителей или иного законного представителя обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет (формы согласий содержатся в Приложении 1).

2.2. Тестирование осуществляется ежегодно в соответствии с Приказом ректора ФГБОУ ВО Брянский ГАУ.

2.3. Для проведения тестирования проректор по воспитательной, социальной работе и молодежной политике совместно со службой психолога:

- включает СПТ и прохождении профилактических медицинских осмотров в календарный план воспитательной работы ФГБОУ ВО Брянский ГАУ;
- разрабатывает план проведения СПТ с учетом информационно-мотивационной компании для педагогических работников, обучающихся и родителей, а также графика тестирования обучающихся, утвержденного региональным оператором;

- организует получение от обучающихся информированных согласий;
- утверждает поименные списки обучающихся, составленные по итогам получения от обучающихся информированных согласий;
- создает комиссию, обеспечивающую организационно-техническое сопровождение тестирования (далее – Комиссия), и утверждает ее состав численностью не менее трех работников ФГБОУ ВО Брянский ГАУ, включая лиц, ответственных за оказание социально-педагогической и (или) психологической помощи обучающимся;
- утверждает расписание тестирования по группам и аудиториям;
- обеспечивает соблюдение конфиденциальности при проведении тестирования и хранении результатов тестирования;
- обеспечивает обмен оперативной информацией с региональным оператором по проведению тестирования;
- проводит разъяснительную работу о цели, особенностях процедуры, роли в воспитательном процессе социально-психологического тестирования на Совете по воспитательной работе ФГБОУ ВО Брянский ГАУ;
- организует проведение разъяснительной работы о процедуре тестирования на кураторских часах (в рамках информационно-мотивационной компании);
- организует заполнение отчетных форм по итогам тестирования;
- утверждает план коррекционной и профилактической работы по результатам СПТ, как части календарного плана воспитательной работы;
- организует передачу результатов СПТ в определенные региональным оператором места по Актам передачи результатов СПТ обучающихся для прохождения профилактического медицинского осмотра.

2.4. Тестирование проводится методом получения информации на основании ответов на вопросы.

2.5. Форма проведения тестирования определяется приказом ректора ФГБОУ ВО Брянский ГАУ и может быть как бланковой (на бумажных носителях), так и компьютерной (в электронной форме), и предполагает заполнение анкет (опросных листов), содержащих вопросы, целью которых является определение вероятности вовлечения обучающихся в незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ.

2.6. При проведении тестирования в каждой аудитории присутствует член Комиссии.

2.7. Перед началом проведения тестирования члены Комиссии проводят инструктаж обучающихся, участвующих в тестировании, в том числе информируют об условиях тестирования и его продолжительности.

2.8. С целью обеспечения конфиденциальности результатов тестирования во время его проведения не допускается свободное общение между обучающимися, участвующими в тестировании, перемещение по аудитории. Каждый обучающийся, участвующий в тестировании, имеет право в любое время отказаться от тестирования, поставив об этом в известность члена Комиссии.

2.9. По завершении тестирования члены Комиссии комплектуют обезличенные заполненные анкеты (опросные листы) на бумажном носителе, а в случае заполнения анкет (опросных листов) в электронной форме допускается их размещение на внешних информационных носителях.

Результаты тестирования комплектуются по группам, в которых обучаются обучающиеся, и упаковываются членами Комиссии в пакеты.

На лицевой стороне пакетов с результатами тестирования указываются:

- наименование Университета, адрес его места нахождения;
- количество обучающихся, принявших участие в тестировании, а также группа, в которой они обучаются;
- дата и время проведения тестирования;

– ставятся подписи всех членов Комиссии с расшифровкой фамилии, имени и отчества (при наличии).

2.10. Лицо, ответственное за подготовку и проведение тестирования (назначается приказом ректора ФГБОУ ВО Брянский ГАУ), в течение трех рабочих дней со дня проведения тестирования обеспечивает направление региональному оператору акта передачи результатов тестирования.

2.11. Ответственный за подготовку и проведение тестирования обеспечивает хранение до момента отчисления обучающихся из ФГБОУ ВО Брянский ГАУ информированных согласий в условиях, гарантирующих конфиденциальность и невозможность несанкционированного доступа к ним.

3. Порядок прохождения профилактических медицинских осмотров обучающимися

3.1. Профилактические медицинские осмотры проводятся врачом – психиатром-наркологом на основании поименных списков обучающихся, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, составленных на основании согласий на обработку персональных данных (Приложение 2), информированных добровольных согласий (Приложение 3).

3.2. Поименные списки составляются и утверждаются ректором Университета на основании представления проректора по воспитательной, социальной работе и молодежной политике, и не позднее чем за 15 дней до начала календарного года направляются в медицинскую организацию, проводящую профилактические медицинские осмотры.

3.3. Медицинская организация после получения поименного списка составляет календарный план проведения профилактических медицинских осмотров с указанием дат и мест их проведения, который согласовывается с ректором Университета.

3.4. ФГБОУ ВО Брянский ГАУ совместно с представителями медицинской организации, осуществляющей профилактический медицинский осмотр, проводит собрание обучающихся и родителей (или иных законных представителей), на котором информирует их о целях и порядке проведения профилактического медицинского осмотра.

3.5. Профилактический медицинский осмотр проводится в медицинской организации в три этапа:

I этап – профилактическая информационно-разъяснительная беседа с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом;

II этап – химико-токсикологические исследования (далее - предварительные ХТИ), направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ; подтверждающие химико-токсикологические исследования (далее - подтверждающие ХТИ), направленные на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов);

III этап - разъяснение результатов проведенного профилактического медицинского осмотра обучающимся ФГБОУ ВО Брянский ГАУ, принимавших участие в данном мероприятии.

3.6. Результаты профилактических медицинских осмотров включаются в план коррекционной и профилактической работы по результатам СПТ, как части календарного плана воспитательной работы.

4. Заключительные положения

4.1. Настоящее Положение, а также изменения и дополнения к нему разрабатываются по инициативе проректора по молодежной политике по согласованию со структурным подразделением, ответственным за правовую экспертизу локальных нормативных актов ФГБОУ ВО Брянский ГАУ, утверждаются ученым советом Университета по согласованию со студенческим советом и студенческой профсоюзной организацией Университета и вводятся в действие с момента их утверждения, если иной срок не установлен решением ученого совета Университета.

4.2. В случае изменения форм документов, указанных в приложениях 1-3 к настоящему Положению и применяемых региональным оператором или медицинской организацией, используются измененные формы документов.

4.3. Настоящее Положение действует до момента его отмены или введения в действие нового положения.

**Информированное добровольное согласие обучающегося
(достигшего возраста 15 лет)**

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

добровольно даю согласие на участие в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я получил(а) объяснение о цели тестирования, о его длительности, а также информацию о возможных результатах тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

Я согласен(на) выполнять инструкции, полученные от уполномоченного лица, проводящего тестирования.

_____/_____
(подпись) (И.О. Фамилия) «__» ____ 20__ г.

**Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя)
обучающегося, не достигшего возраста 15 лет**

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

добровольно даю согласие на участие моего ребенка (моего подопечного)

_____,
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

возраст _____ полных лет в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я получил(а) объяснение о цели тестирования, о его длительности, а также информацию о возможных результатах тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования.

Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

_____/_____
(подпись) (И.О. Фамилия) «__» ____ 20__ г.

Приложение 2 к Положению «О проведении социально-психологического тестирования обучающихся и прохождении профилактических медицинских осмотров обучающимися ФГБОУ ВО Брянский ГАУ», утв. ученым советом ФГБОУ ВО Брянский ГАУ от 21.05.2026, протокол № 4.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество гражданина, полностью)
«___» _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

паспорт серия _____ № _____ выдан _____

дата выдачи «___» _____ г.

даю свое согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Брянский областной наркологический диспансер, адрес места нахождения: 241006, г. Брянск, ул. Калинина, д. 177 на обработку своих персональных данных, включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; адрес места жительства, контактный (е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моих персональных данных с использованием машинных, носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20____ г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

_____/ _____ «___» _____ 20____ г.
(подпись) (И.О. Фамилия)

Приложение 3 к Положению «О проведении социально-психологического тестирования обучающихся и прохождении профилактических медицинских осмотров обучающимися ФГБОУ ВО Брянский ГАУ», утв. ученым советом ФГБОУ ВО Брянский ГАУ от 21.05.2026, протокол № 4.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество гражданина, полностью)
« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), а именно: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; термометрия; тонометрия; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); а также, проведение профилактического - медицинского осмотра, включая лабораторные исследования.

Медицинским работником врачом психиатром-наркологом _____

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Фамилия имя Отчество гражданина (полностью), контактный телефон)

(подпись) / (И.О. Фамилия гражданина)

(подпись) / (И.О. Фамилия законного представителя гражданина, не достигшего 15 лет)

(подпись) / (И.О. Фамилия медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(Дата оформления)