



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ
ПО АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

30.06.2026

г. Благовещенск

№ 113

О проведении оценки
серопревалентности и пораженности
населения возбудителями паразитарных
заболеваний на территории Амурской
области

Решением коллегии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 27.02.2026 «Об актуальных вопросах эпиднадзора за паразитарными болезнями» Амурская область включена в число пилотных регионов Российской Федерации по реализации программы «Оценка серопревалентности и пораженности населения возбудителями паразитарных заболеваний на эндемичных территориях Российской Федерации».

Руководствуясь пунктом 1 статьи 51 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»,
п о с т а н о в л я ю:

1. Определить г. Благовещенск, Тындинский и Константиновский районы административными территориями Амурской области для участия в программе по оценке серопревалентности и пораженности населения возбудителями паразитарных заболеваний.

2. Утвердить график организации и проведения исследований по оценке серопревалентности и пораженности населения возбудителями паразитарных заболеваний на территории Амурской области (приложение №1).

3. Утвердить график сбора, отбора и доставки клинического материала для проведения исследований по оценке серопревалентности и пораженности населения возбудителями паразитарных заболеваний на территории Амурской области (приложение №2).

4. Главному врачу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области» (Бурдинская Е.Н.), начальнику отдела эпидемиологического надзора Управления Роспотребнадзора по Амурской области (Шишлова А.Н.):

4.1. с 01.07.2026 по 15.07.2026 организовать и провести информационную кампанию в целях разъяснения лицам, желающим принять участие в исследовании, порядка анкетирования, регистрации и записи на отбор клинического материала;

4.2. в рамках информационной кампании организовать работу «горячей линии» для лиц, желающих принять участие в исследовании;

4.3. в срок до 08.07.2026 организовать и провести обучение медицинского персонала по вопросам организации работы пунктов сбора и отбора проб клинического материала и анкетирования лиц, желающих принять участие в исследовании.

5. Министерству здравоохранения Амурской области (Леонтьева С.Н.):

5.1. в срок до 03.07.2026 определить:

5.1.1. ответственное лицо за организацию и координацию работы подведомственных медицинских организаций, участвующих в проведении исследований;

5.1.2. пункты отбора проб клинического материала (венозной крови) и приема проб фекалий для взрослого и детского населения на базе подведомственных медицинских организаций в г. Благовещенск (Детские поликлиники ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница», ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 1», ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 2», ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 3», ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 4»), Тындинском районе (ГАУЗ АО «Тындинская межрайонная больница») и Константиновском районах (ГАУЗ АО «Константиновская районная больница»);

5.1.3. режим работы пунктов приема и отбора клинического материала (фекалий и венозной крови) в 2 смены с учетом обеспечения полноценного перерыва для проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий, проветривания и кварцевания кабинетов каждые 2 часа;

5.1.4. штат сотрудников для проведения анкетирования, получения информированного согласия (регистратор), приема и отбора проб клинического материала в каждом пункте отбора клинического материала с учетом графика работы в 2 смены.

5.2. в срок до 10.07.2026 обеспечить готовность пунктов приема и отбора клинического материала (фекалий и венозной крови) от лиц (взрослого и детского населения), желающих принять участие в исследовании;

5.3. обеспечить наличие средств индивидуальной защиты персонала (одноразовые халаты, шапочки, медицинские маски и перчатки), расходного материала и дезинфицирующих препаратов;

5.4. в период с 13.07.2026 по 30.09.2026 включительно организовать и обеспечить в соответствии с графиком (приложение №2):

5.4.1 отбор и сбор клинического материала (фекалии и сыворотка крови) с соблюдением требований биологической безопасности от лиц, участвующих в оценке серопревалентности и пораженности населения возбудителями паразитарных заболеваний с предварительным проведением анкетирования по форме приложения №3 и взятия согласия на проведение исследований по форме приложения №4 к настоящему постановлению;

5.4.2. доставку проб (фекалии и сыворотка крови) в ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области» и его филиал в г. Тында с сопроводительным документом (направление, оформленное в соответствии с приложением №5 к настоящему постановлению), со строгим соблюдением требований к отбору, хранению и транспортировке проб биологического материала.

5.5. при получении результатов серологического и бактериологического обследования передать протоколы исследования обследуемым в течение 15 дней.

6. Главному врачу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области» (Бурдинская Е.Н.):

6.1. произвести расчет и закупку диагностических наборов и расходных материалов для проведения отбора и лабораторных исследований клинического материала в соответствии с запланированным объемом выборки (приложение №2).

6.2. отбор и сбор клинического материала (фекалии и сыворотка крови) с соблюдением требований биологической безопасности от лиц из декретированных групп, участвующих в оценке серопревалентности и пораженности населения возбудителями паразитарных заболеваний с предварительным проведением анкетирования по форме приложения №3 и взятия согласия на проведение исследований по форме приложения №4 к настоящему постановлению;

6.3. организовать прием проб клинического материала, доставленного медицинскими организациями, и их подготовку к исследованиям и отправке проб фекалий в ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора;

6.4. обеспечить серологические исследования проб сывороток крови на определение антител к возбудителям эхинококкоза, трихинеллеза, клонорхоза, аскаридоза, токсокароза, лямблиоза с последующим направлением результатов (протоколов) исследования в медицинские организации, доставившие клинический материал, и ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора;

6.5. обеспечить направление проб клинического материала (фекалии) в

ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора для проведения бактериологических исследований.

7. Начальнику территориального отдела Управления Роспотребнадзора по Амурской области в городе Тында (Мальцева С.Э.), начальнику отдела эпидемиологического надзора (Шишлова А.А.), главному врачу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области» (Бурдинская Е.Н.), главному врачу филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Амурской области» в городе Тында (Молибог Н.И.), обеспечить контроль за организацией работы пунктов забора крови, отбором, сбором и доставкой материала согласно утвержденному графику.

8. Главам муниципальных образований и городских округов Амурской области (г. Благовещенск, г. Тында, Константиновский район), министерству образования и науки Амурской области (Яковлева С.В.), министерству социальной защиты населения Амурской области (Киселева Н.В.):

8.1. принять активное участие в информационной кампании по оповещению населения, в том числе родителей и законных представителей несовершеннолетних детей, о проведении бесплатного тестирования на возбудители паразитарных заболеваний;

8.2. оказать содействие руководителям медицинских организаций в организации массового тестирования населения, при необходимости в транспортировке лиц в возрасте старше 60 лет на пункты сбора и отбора клинического материала.

9. Начальнику отдела организации и обеспечения деятельности Управления Роспотребнадзора по Амурской области (Милосердова Н.Н.):

9.1. организовать проведение информационной кампании по оповещению населения о проведении бесплатного тестирования на наличие антител к различным вакциноуправляемым и другим актуальным инфекциям с указанием ссылки для самостоятельной регистрации и телефонов «горячей линии»;

9.2. обеспечить рассылку данного постановления всем заинтересованным организациям и ведомствам.

10. Контроль исполнения настоящего постановления оставляю за собой.



О.П. Курганова

Приложение №1
к постановлению Главного
государственного санитарного врача
по Амурской области
от 30.06.2026 № 113

График
организации и проведения исследований по оценке популяционного
иммунитета к вакциноуправляемым и другим актуальным инфекциям на
территории Амурской области

Период	Мероприятие
01.07.2026 – 15.07.2026	Информационная кампания
06.07.2026 - 08.07.2026	Обучение персонала пунктов приема и отбора клинического материала по вопросам организации работы, проведения анкетирования, оформления информированного согласия, приема и отбора клинического материала
01.07.2026 - 10.07.2026	Подготовка пунктов приема и отбора клинического материала к работе
13.07.2026 – 30.09.2026	Прием и отбор клинического материала
01.08.2026 – 31.10.2026	Доставка проб в ФБУН «Хабаровский научно- исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии». Проведение исследований.

Приложение №2
к постановлению Главного государственного
санитарного врача по Амурской области
от 30.06.2026 № 113

**График приема, отбора и доставки клинического материала
для проведения исследований по оценке серопревалентности и пораженности населения
возбудителями паразитарных заболеваний на территории Амурской области**

Взрослое население от 18 лет и старше

Наименование медицинской организации	Период сбора и отбора клинического материала									Общий размер выборки, чел.		
	июль 2026			август 2026			сентябрь 2026					
	Возрастная группа, количество лиц											
	18-39 лет	40-59 лет	60 лет и старше	18-39 лет	40-59 лет	60 лет и старше	18-39 лет	40-59 лет	60 лет и старше	18-39 лет	40-59 лет	60 лет и старше
ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 1»	5	5	5	5	5	7	5	5	7	15	15	19
ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 2»	5	5	5	5	5	6	5	5	7	15	15	18
ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 3»	5	5	5	5	5	7	5	5	7	15	15	19
ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 4»	5	5	5	5	5	7	5	5	7	15	15	19
ГАУЗ АО «Тындинская межрайонная больница»	10	10	10	20	20	20	20	20	20	50	50	50
ГАУЗ АО "Константиновская районная больница"	10	10	10	20	20	20	20	20	20	50	50	50
ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области»	0	0	0	15	15	0	0	0	0	15	15	0
ИТОГО	40	40	40	75	75	67	60	60	68	175	175	175

Детское население от 1 года до 17 лет

Наименование медицинской организации	Возрастная группа, количество лиц											
	1-6 лет	7-12 лет	12-17 лет	1-6 лет	7-12 лет	12-17 лет	1-6 лет	7-12 лет	12-17 лет	1-6 лет	7-12 лет	12-17 лет
Поликлиники ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница»	6	6	6	9	9	9	10	10	10	25	25	25
ГАУЗ АО «Тындинская межрайонная больница»	5	5	5	5	6	6	6	6	6	16	17	17
ГАУЗ АО "Константиновская районная больница"	5	5	5	5	6	6	6	6	6	16	17	17
ИТОГО	16	16	16	19	21	21	22	22	22	57	59	59

Анкета обследуемого

1. Идентификационный номер _____
2. Пол _____ Возраст _____ Национальность _____
3. Место проживания: _____
4. Проживаете ли вы в данной местности постоянно? Да нет (подчеркните)
5. В какие регионы, страны мира Вам приходилось выезжать, когда? (впишите) _____
6. Род профессиональной деятельности (впишите) _____
7. Занимаетесь ли вы рыбной ловлей? Да нет (подчеркните)
8. Есть ли в семье рыбаки? Да нет (подчеркните)
9. Употребляете ли вы рыбу? Да нет (подчеркните)
10. Укажите частоту употребления рыбы: постоянно в течение года; периодически; сезонно; однократно (подчеркните)
11. Длительность употребления рыбы: до 1 года; 1-3 года; 3-5 лет; 5-10 лет; 10-15 лет; более 15 лет (подчеркните)
12. Дата последнего употребления в пищу рыбы семейства карповых (язь, елец, плотва, карась, верхогляд и др.) (месяц, год) _____ (впишите)
13. Дата последнего употребления в пищу рыбы семейства лососевых (кета, горбуша, нерка, кижуч и др.) (месяц, год) _____ (впишите)
14. Дата последнего употребления в пищу рыбы других семейств _____ (впишите) (месяц, год) _____ (впишите)
15. Какие виды рыб Вы употребляли в пищу? язь, елец, плотва (чебак), карась, лещ, линь, пескарь, сазан (кап), голянь, верховка, шиповка, кета, горбуша, навага, треска, дорадо, сибас, судак, щука, налим (подчеркните), другие _____ (впишите)
16. Каким образом Вы проводите кулинарную обработку употребляемой в пищу рыбы? употребляю сырую, мороженую, малосоленную, произвожу посол, вяление, копчение, варку, жарение, запекаю, в т.ч. в пироге (подчеркните), другое _____ (впишите)
17. Укажите время кулинарной обработки рыбы: более 20 мин. менее 20 мин. (подчеркните), другое _____ (впишите)
18. Рыбу каких видов Вы чаще всего употребляете? _____ (впишите)
19. Занимаетесь ли Вы охотничьим промыслом? Да нет (подчеркните)
20. Приходилось ли Вам употреблять в пищу мясо диких животных? медведя, кабана, барсука, оленя (подчеркните), другие _____ (впишите)
21. В каком виде Вы употребляли мясо диких животных? сыром, полусыром, солёном, жареном, варёном, в пироге, копченом, вяленом, сушеном (подчеркните), в другом виде _____ (впишите)
22. Укажите, где было добыто животное, мясо которого употребляли в пищу (область, район, _____ близлежащий населенный пункт)

- _____ (впишите)
23. Употребляли ли Вы в пищу ракообразных, моллюсков, земноводных, пресмыкающихся? да нет (подчеркните) какие виды? _____ (впишите)
24. В каком виде употребляли? сыром, полусыром, малосольном, солёном, жареном, варёном, консервированном (подчеркните), другом _____ (впишите)
25. Имеете ли Вы домашнюю/хозяйственно полезную/охотничью собаку? Да нет (подчеркните)
26. Проводите ли Вы периодическую дегельминтизацию домашней/хозяйственно полезной/охотничьей собаки? Да нет (подчеркните)
27. Имеете ли Вы домашнюю/дворовую кошку? Да нет (подчеркните)
28. Проводите ли Вы периодическую дегельминтизацию домашней/дворовой кошки? Да нет (подчеркните)
29. Имеете ли Вы крупный/мелкий рогатый скот, или других фермерских животных? Да нет (подчеркните), виды животных _____ (впишите)
30. Имеете ли Вы дачный/садовый/приусадебный участок? Да нет (подчеркните)
31. Есть ли у вас надворный туалет, канализация? (подчеркните)
32. Знаете ли Вы, что такое эхинококкоз, токсокароз, нанофиетоз, клонорхоз, метагонимоз, описторхоз, трихинеллез, фасциолез, дикроцелиоз, дифиллоботриоз? _____ (впишите)
33. Был ли когда-либо Вам установлен диагноз паразитарного заболевания? Да нет (подчеркните), если да, то укажите наименование заболевания и период установления диагноза _____
34. Принимали ли Вы когда-либо противопаразитарные препараты без назначения врача? Да нет (подчеркните).

Приложение №4
к постановлению Главного
государственного санитарного врача
по Амурской области
от 30.06.2026 № 113

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____,
в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года М 152-ФЗ «О персональных
данных» даю согласие _____,
(наименование учреждения)

расположенному по адресу: _____ на
автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих
персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой
статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года М 152-ФЗ «О персональных данных», со
сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и здоровья, представленных в
НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

подпись

расшифровка подписи

дата

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

От 12 ноября 2021 г. М 1051н приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (наименование учреждения)

медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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), в том числе после смерти:

_____ (Ф.И.О. гражданина)

_____ (контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ (подпись)

« ____ » _____ Г.
(дата оформления)

Направление

**для исследования лиц, участвующих в проекте оценки серопревалентности и пораженности населения
возбудителями паразитарных заболеваний на территории Амурской области**

Наименование пробы (образца): сыворотка крови и фекалии

Заявитель: _____
(указать наименование медицинской организации, направляющей пробы)

Адрес учреждения, телефон (код): _____

№ п/п	№ пробы*	Наименование пробы (фекалии/ сыворотка)	ID волонтера	ФИО волонтера	Дата рождения	Адрес места жительства волонтера

***Маркировка проб RxxxY**

R – тип образца: Ф-фекалии, С –сыворотка;

x – ID волонтера: 001, 002, 003 ... 025, 026 ..., 123, 124... (в соответствии с диапазоном номеров для каждой медицинской организации)

Y – территория: Б- г. Благовещенск, Т – Тындинский район, К – Константиновский район

Пример: Ф005Б (проба фекалий от волонтера с г. Благовещенска), С154Т (проба сыворотки крови от волонтера с Тындинского района)

Главный врач: _____

Исполнитель: _____ тел. _____