

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию отдыха и оздоровления детей

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

2. Пол 1. Мужской 2. Женский 3. Дата рождения

Страховой медицинский полис:

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. зак. пред-
ставителя _____

5. № школы _____ класс _____

6. Перенесенные детские инфекционные заболевания (детские инфекции, аллергоанамнез, травмы, операции) _____

7. Проведенные профилактические прививки (кратность, дата, серия препарата, результат):

Против туберкулеза _____ Против паротита _____

Против кори _____, против краснухи _____

Против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита _____

Против туберкулеза _____ Против клещевого энцефалита _____

Диагностика туберкулеза срок не более 1 года!
(реакция Манту, диаскинтест, ФОГК)

(дата, препарат, серия, результат)

Постановление Главного государственного врача РФ от 22.10.2013 № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза»: 5.1 в целях раннего выявления туберкулеза у детей туберкулинодиагностика проводится вакцинированным против туберкулеза детям с 12 месячного возраста и до достижения ими 18 летнего возраста. Внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином (далее – проба Манту) ставят 1 раз в год независимо от результата предыдущих проб. 5.7 дети, туберкулинодиагностика которым не проводилась, допускаются в детскую организацию при наличии заключения врача фтизиатра об отсутствии заболевания.
П О С Т А Н О В Л Е Н И Е 27.12.2013 Москва № 72 Об утверждении СанПиН 2.4.4.3155-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей». 1.10. Прием детей в детский оздоровительный лагерь осуществляется при наличии заключения врача об отсутствии контактов с инфекционными больными, о состоянии здоровья детей и сведений об имеющихся прививках.

8. Состояние здоровья:

Диагноз: _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Группа здоровья _____

9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов и специализированных продуктов питания) _____

10. Физическое развитие: _____

11. Медицинская группа для занятий физической культурой _____

Рекомендуемый режим _____

12. Нуждаемость в условиях доступной среды: _____

13. Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления _____

14. Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями (данные об эпидокружении, контакте с инфекционными больными по месту жительства, учебы, наличие или отсутствие кожных заболеваний, осмотр на педикулез): _____

(НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ ЗА 3 ДНЯ ДО ЗАЕЗДА В ЛАГЕРЬ)

15. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха и оздоровления детей _____

12. Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника: _____

М.П.

" "

20 год

Заполняется врачом оздоровительного учреждения

13. Состояние здоровья во время пребывания в учреждении отдыха и оздоровления детей:

14. Перенесенные заболевания

15. Контакт с инфекционными больными

Эффективность оздоровления в учреждении

16. Общее состояние в динамике

17. Масса тела: при поступлении _____ при отъезде _____

18. Динамометрия

19. Спирометрия

20. Фамилия, инициалы и подпись врача загородного учреждения отдыха и оздоровления детей

“ ____ ” _____ 20 ____ год

Справка подлежит возврату в детскую поликлинику.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ
НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
ФИО законного представителя

Мать (отец) ребенка _____
ФИО ребенка

В соответствии со статьей 20 Федерального закона 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" информирован(а) о состоянии моего ребенка, необходимости обследования и лечения.

Я даю добровольное согласие на проведение моему ребенку в случае необходимости следующих диагностических процедур и манипуляций:

Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (данных о прошлых заболеваниях).	Да / нет
Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия	Да / нет
Антропометрические исследования (взвешивание, измерение роста).	Да / нет
Термометрия.	Да / нет
Тонометрия.	Да / нет
Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе в рот, в/м, в/в, п/к, в/к.	Да / нет
Функциональные (неинвазивные) исследования органа зрения и зрительных функций.	Да / нет
Функциональные (неинвазивные) исследования органа слуха и слуховых функций.	Да / нет
Исследование функций (неинвазивные) нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).	Да / нет
Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.	Да / нет
Функциональные методы обследования (ЭКГ, СМАД, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, ПФМ, РЭО, ЭЭГ).	Да / нет
Рентген, УЗИ, доплерографические исследования.	Да / нет
Медицинский массаж.	Да / нет
Лечебная физкультура.	Да / нет

Я даю добровольное согласие на проведение моему ребенку в случае необходимости оперативного вмешательства при условии дополнительного информирования об этом.

В случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции) непредвиденных осложнений, угрожающих здоровью моего ребенка, даю согласие на изменение характера лечения (в том числе объема оперативного вмешательства), включая отказ от его выполнения, с последующим информированием об этом.

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

Я могу отказаться от пребывания моего ребенка в дневном стационаре поликлиники или стационара на дому, обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для излечения моего ребенка, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я понимаю, что мне не может быть дана точная информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, однако мне гарантируется, что это лицо имеет соответствующую квалификацию и опыт.

Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у моего ребенка известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у него в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья моего ребенка может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

Я, нижеподписавшийся (ФИО) ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и даю настоящее _____
согласие / несогласие

« ____ » _____ 20 ____ год

Подпись _____