

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

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____ дом _____ квартира _____
телефон _____

5. № школы _____ класс _____

6. Перенесенные детские инфекционные и неинфекционные заболевания, операции, травмы (даты) _____

7. Проведенные профилактические прививки и результаты обследований в целях выявления туберкулеза

8. Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия), аллергические реакции: _____

Состояние здоровья, диагноз:

_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

9. Рекомендуемый режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) с указанием даты назначения _____

10. Физическое развитие: рост _____, масса тела _____, (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост)

11. По результатам профилактического медицинского осмотра (дата) _____ нужное подчеркнуть присвоена группа здоровья _____ медицинская группа для занятий физической культурой _____

12. Нуждаемость в условиях доступной среды (пандусы, поручни, кресла-коляски, адаптивные лифты и другие) _____

13. Нуждаемость в сопровождении ребенка (законным представителем в период пребывания в ООДиО) _____

14. Осмотр на педикулез и чесотку (дата, результат) _____ Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименоленидоз) (дата, результат) _____

Информация о контактах с инфекционными больными (дата, результат) _____

15. Заключение (об отсутствии противопоказаний для пребывания в ООДиО, отсутствие обострений хронического заболевания, отсутствие стадии декомпенсации подтверждается заключениями врачей, у которых состоит ребенок на диспансерном наблюдении) _____

16. Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника

_____ М.П.
“ _____ ” _____ 20 _____ года