

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация _____

Форма № 079/у _____

Адрес _____

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА на ребенка, отъезжающего в санаторный оздоровительный лагерь

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

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

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

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

Район _____ город _____

Улица _____ дом _____ квартира _____

тел. _____

5. № школы _____ класс _____

6. Перенесенные детские инфекционные и неинфекционные заболевания, операции, травмы :
УКАЗАНИЕ ДАТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО

7. Проведенные профилактические прививки и результаты обследований в целях выявления туберкулёза
**ДАТА ПОСЛЕДНЕГО DST/P.МАНТУ, ВСЕ АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
ОБЯЗАТЕЛЬНА
СПРАВКА ОТ ФТИЗИАТРА!**

8. Состояние здоровья:
Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия) аллергические реакции:
**АЛЛЕРГИЯ С УКАЗАНИЕМ АЛЛЕРГЕНА И ПРОЯВЛЕНИЙ, ЕСЛИ АЛЛЕРГИИ НЕ ИМЕЕТСЯ –
ДОЛЖНО БЫТЬ ПРОПИСАНО «НЕТ АЛЛЕРГИИ»**

Диагноз: _____ код по МКБ-10 _____
код по МКБ-10 _____

9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для
медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания)
**ЕСЛИ У РЕБЕНКА НЕ ПРОПИСАНО, ЧТО СПЕЦ. ДИЕТА, ПРИЕМ ЛЕК. ПРЕПАРАТОВ И ПРОЧЕЕ –
НИКАКИХ ЛЕКАРСТВ И ДИЕТЫ!**

10. Рост **ОБЯЗАТЕЛЬНО!** _____, Масса тела **ОБЯЗАТЕЛЬНО!** _____
(дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост - нужное подчеркнуть)

11. Группа здоровья с указанием даты последнего профилактического осмотра
ОБЯЗАТЕЛЬНО! ДАТА ПОСЛЕДНЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА!

11.1 Медицинская группа для занятий физической культурой **ОБЯЗАТЕЛЬНО!**

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 _____

14.1 Осмотр на педикулез и чесотку
ДАТА ОСМОТРА И РЕЗУЛЬТАТ ОБЯЗАТЕЛЬНО

14.2 Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, геминтолепидоз) **ДАТА И РЕЗУЛЬТАТ ОБЯЗАТЕЛЬНО**

15. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха и их оздоровления
ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ НЕТ/ЕСЛИ ЕСТЬ КАКИЕ?

16. Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника _____

М. П.

« ____ » _____ 20 ____ года