Наименование медицинской организации

Адрес

Приложение № 17
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н
Код формы по ОКУД _____ Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма № 079/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н
с изменениями от 18.04.2024 № 190 н

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)
нужное подчеркнут

11. По результатам профилактического медицинского осмотра (дата) _____ **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, гименолепидоз)** (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

Заполняется врачом санаторного оздоровительного лагеря

17. Состояние здоровья во время пребывания в санаторном оздоровительном лагере:

_____

_____

_____

_____

18. Перенесенные заболевания _____

_____

_____

19. Контакт с инфекционными больными _____

_____

Эффективность оздоровления в санаторном оздоровительном лагере

20. Общее состояние в динамике _____

_____

_____

21. Масса тела: при поступлении _____ при отъезде _____

22. Динамометрия _____

23. Спирометрия _____

24. Фамилия, инициалы и подпись врача санаторного оздоровительного лагеря _____

_____

“ ___ ” _____ 20 ___ года

Справка подлежит возврату в детскую поликлинику.