

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 подчеркнуть

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

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

14. Перенесенные заболевания

15. Контакт с инфекционными больными

Эффективность оздоровления в санаторном оздоровительном лагере

16. Общее состояние в динамике

17. Масса тела: при поступлении _____ при отъезде _____

18. Динамометрия

19. Спирометрия

20. Фамилия, инициалы и подпись врача санаторного оздоровительного лагеря

“ _____ ” _____ 20 ____ года

Справка подлежит возврату в детскую поликлинику.

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ 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 ____ года.

Подпись _____

