



МЕТОДИКА ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Рабочая тетрадь № 2

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Северный государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт общественного здоровья,
здравоохранения и социальной работы

МЕТОДИКА ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Рабочая тетрадь № 2

Студент _____

(Фамилия, имя, отчество)

Специальность _____

Курс _____

Группа _____

УДК 614.2
ББК 51.1
М 54

Коллектив авторов:

Т.Е. Мохначева, аспирант Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ, главная медицинская сестра ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7»; *Ю.Ю. Моногарова*, доцент Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ, главный врач ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7»; *Ж.Л. Варакина*, д.м.н., доцент, декан лечебного факультета, профессор Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ; *А.Л. Санников*, д.м.н. профессор Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ; *Э.А. Мордовский*, д.м.н., доцент, заведующий Институтом общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ

Рецензенты:

А.Б. Гудков, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гигиены и медицинской экологии СГМУ, заслуженный работник высшей школы РФ; *В.Е. Присяжнюк*, заведующий организационно-методическим отделом, врач-методист ФГБУЗ СМКЦ им. Н.А. Семашко ФМБА России

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

Методика заполнения форм первичной медицинской документации: рабочая М 54 тетрадь № 2 / Т.Е. Мохначева и др. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2022. – 80 с.

В рабочей тетради представлены правила ведения медицинской документации на стационарном и амбулаторном этапе, представлены образцы основной первичной медицинской документации на амбулаторном и стационарном этапе, алгоритмы решения ситуационных задач, а также проверочные работы в виде заполнения медицинской документации, предназначенных для обеспечения качества подготовки обучающихся, приобретения базовых знаний.

Методические рекомендации предназначены для аудиторной и самостоятельной работы обучающихся высшего образования с целью обеспечения качества подготовки студентов, приобретения базовых знаний по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения», составлены в соответствии с учебной программой и отвечают требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

УДК 614.2
ББК 51.1

© Коллектив авторов, 2022
© Северный государственный
медицинский университет, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
История развития ребенка.....	5
Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них.....	17
Карта профилактических прививок	20
Карта диспансеризации несовершеннолетнего.....	23
Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего	35
Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов	42
Санаторно-курортная карта для детей форма	67
Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	75
Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	78

ВВЕДЕНИЕ

По определению большой медицинской энциклопедии документация медицинская (лат. documentum доказательство) – система учетно-отчетных документов, предназначенных для записи и анализа данных, характеризующих состояние здоровья отдельных лиц и различных групп населения, объем, содержание и качество оказываемой медицинской помощи, а также деятельность медицинских организаций.

Процесс оказания медицинской помощи фиксируется в медицинской документации от момента рождения до смерти человека. Медицинская документация служит для организации работы медицинских организаций, планирования оказания помощи пациентам, оценки состояния пациентов, накопления и анализа статистических данных. Медицинская документация обеспечивает документальное доказательство оказания медицинской помощи пациентам в течение всей жизни (в разрезе профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и т.д.). Качество оказания медицинской помощи оценивается и зависит от качества заполнения медицинской документации, от информации, отраженной в медицинской документации (точности, полноты и достоверности ее). От качества заполнения медицинской документации зависит и преемственность в оказании медицинской помощи, основным источником передачи информации о пациенте между амбулаторным и стационарным звеном является медицинская документация как на бумажном носителе, так и в электронном формате.

Таким образом, медицинская документация необходима для организации оказания медицинской помощи пациентам, для контроля качества оказания медицинской помощи, принятия управленческих решений с целью улучшения качества и доступности медицинской помощи. Медицинская документация является юридическим документом при формировании финансовых документов по оплате медицинской помощи.

Несоблюдение требований к ведению медицинской документации может не только свидетельствовать о ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи, но и, помимо иных причин, обусловить возникновение конфликта с пациентом (его представителями).

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

История развития ребенка форма 112/у относится к медицинской учетной документации в поликлиниках (амбулаториях). Утверждена Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». Документ утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 N 750 «О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР». Однако письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 сообщено, что до издания нового альбома образцов учетных форм учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

Ситуационная задача:

Иванов Иван Иванович 15.05.2021 г.р., проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. № истории развития ребенка № 256879. Группа крови: А(II) Rh (+). Родители: мама Иванова Ирина Ивановна, дата рождения 01.09.1991 г., русская, брак не зарегистрирован (гражданский), образование среднее специальное проживает по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Моб. тел. +98597123694; папа Сидоров Иван Сергеевич, 02.03.1989г.р., адрес проживания тот же, образование среднее специальное, работает водителем автобуса. Хронических заболеваний у проживающих в квартире с ребенком нет. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, квартира благоустроенная.

Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь г. Архангельск, ул. Кузьмичевского 12.

Заключительные (уточненные) диагнозы: ОРВИ 09.09.2021г.

Рентген нагрузка: 01.02.2022 Rg-органов грудной клетки эффективная доза 10мЗв.

Сведения о новорожденном: выписан из роддома 19.05.2021г. на 4 день жизни. Дата получения извещения из роддома 19.05.2021года.

Первичный врачебный патронаж на дому: Место обслуживания актив на дому. Цель посещения патронаж врача. Жалобы активно нет. Ребенок выписан из ОПН с диагнозом здоров. Карантин по домашнему адресу нет. Ребёнок с ма-

терью. Фиксирует взгляд на ярких предметах, плавно следит за движущимися предметами. Прислушивается к голосу взрослого, к звуку игрушки. Первая улыбка в ответ на разговор взрослого. Пытается поднять и удержать голову лёжа на животе. Температура 36,6. Общее состояние Удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые Педикулез, чесотка: не выявлены. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Высыпания отсутствуют. Зев: чистый, нормальной окраски. Небные миндалины не увеличены, налетов нет. Лимфоузлы: не увеличены, пальпация безболезненная. Органы дыхания: дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания в одну минуту: 40. Органы кровообращения: Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС в одну минуту: 140. Органы пищеварения: живот мягкий, пальпация безболезненная, печень, селезенка не увеличены. Стул: оформленный, регулярный. Мочеиспускание: свободное, безболезненное. Диагноз: Соматически здоров. Рекомендации: Режим по возрасту, естественное вскармливание по требованию, купать ежедневно, прогулки ежедневно, ПП по календарю, витамин Д3 (вигантол) по 2 капле ежедневно, анализы по приказу 514, специалисты по приказу 514, рекомендации согласно выписке из стационара. группа здоровья II группа, НПР 1 группа.

Патронаж участковой медицинской сестры 30.05.2021: Жалобы не предъявляют. Вскармливание Грудное молоко по требованию ребенка, Ночные кормления - есть. Сосет активно. Срыгиваний нет. Лактация у мамы достаточная. Рекомендации мама выполняет. Осмотр: Кожные покровы чистые, высыпаний, опрелостей нет. Слизистые розовые. Глаза чистые. Пупочная ранка сухая, выделений нет, скобки нет. Б.Р. края плотные, не набухает. Живот мягкий. Стул кашицей, желтый. Мочеиспускание свободное. Детская кроватка индивидуальная. Место сна детская кроватка. Место бодрствования детская кроватка. Предметы ухода: Ванночка есть. Детское белье чистое. Гигиена жилища проводится в полном объеме. Характер сна спокойный. Уход Утренний туалет проводится ежедневно, Купание мама проводит ежедневно. Рекомендации Грудное вскармливание по требованию (не менее 6 раз в день), вертикально после кормления. Обработка пупочной ранки 3% перекисью водорода, затем раствором бриллиантового зеленого 2 раза в день. Прогулки ежедневно, постепенно увеличивать длительность, Воздушные ванны. Выкладывать на животик на твердую поверхность от 15 сек. Медсестра Афанасьева Т.Г.

Профилактические наблюдения в 1 месяц: Хирург 15.06.2021: здоров. Невролог 15.06.2021: здоров. Отоларинголог 15.06.2021: здоров. Ортопед 15.06.2021: здоров. Офтальмолог 15.06.2021: здоров. Стоматолог 15.06.2021: здоров.

Задание: Заполните историю развития ребенка ф.112/у.

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 Форма N 112/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 N 1030

(наименование учреждения)

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Группа крови _____
 Резус-принадлежность _____ ВНИМАНИЕ: Измененная реактивность

1. Фамилия ребенка _____ имя _____ отчество _____		8. Показания к диспансерному наблюдению в связи с заболеванием			
2. Дата рождения "___" "___" 19__ г.		Дата взятия на учет	Возраст ребенка	Диагноз	
3. Пол: муж., жен. (подчеркнуть) _____					
4. Место жительства: район _____ город, село _____ улица _____ кв. _____ телефон _____					
5. Проживает постоянно (временно): приезжий из другого города, села (подчеркнуть)					
6. Дата взятия на учет в данное учреждение	Откуда прибыл	9. Отметка о посещении детских учреждений			
число, месяц, год		Дата оформления в детское учреждение	Возраст ребенка	Наименование учреждения	Дата выбытия из детского учреждения
число, месяц, год					
число, месяц, год					
7. Дата снятия с учета	Причина снятия с учета (при переезде указать адрес выбытия)				
число, месяц, год					
число, месяц, год					
		Для типографии при изготовлении документа формат А5			

стр. 2 ф. N 112/у

Сведения о семье

Родители и дети (фамилия, и.о.)	Год рождения	Место работы, должность, телефон (для детей - детские учреждения)	Наличие хронических за- болеваний
Мать			
Отец			
Дети:			

Хронические заболевания у других лиц, проживающих в квартире _____

Жилищно-бытовые условия _____

Дополнительные данные _____

стр. 3 ф. N 112/у

ЛИСТ ДЛЯ ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (уточненных) ДИАГНОЗОВ

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточнен- ные) диагнозы. Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия раз- борчиво)	Отметки о госпитализации (на- звание стационара, даты с "___" по "___")

Профилактика и лечение рахита

Гимнастика в массах

Цель назначения	Назначение витамина D ₂					Ультрафиолетовое облучение	Наименование комплекса	Возраст	Дата назначения	Отметка о выполнении
	вид препарата	разовая доза и кратность приема	дата назначения	дата отмены	всего получил на курс					
Профилактическая							I комплекс	1,5 - 3 мес.		
Лечебная							II комплекс	3 - 4 мес.		
							III комплекс	4 - 6 мес.		
							IV комплекс	6 - 9 мес.		
							V комплекс	9 - 12 мес.		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА О ХАРАКТЕРЕ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

Вскармливание				Срок введения первого прикорма			
	Грудное	Смешанное	Искусственное	Дата введения прикорма	Возраст ребенка		
С какого возраста							
По какой возраст							
Причины перевода			Антропометрические данные на первом году жизни				
На смешанное вскармливание		На искусственное вскармливание	Возраст (месяцев)	Масса (вес) в гр.	Прирост массы (веса)	Окружность	
						грудной клетки	головы
Болезнь матери			1				
Отсутствие матери			2				
Гипоталактия			3				
Отсутствие лактации			4				
Выход на работу (учебу)			5				
По желанию матери			6				
По желанию матери			7				
По желанию матери			8				
По желанию матери			9				
По желанию матери			10				
По желанию матери			11				
По желанию матери			12				
Особенности и патологические состояния ребенка							
Другие причины							

Примечание: соответствующая цифра обводится кружком, при переводе на смешанное вскармливание в колонке слева, на искусственное - в колонке справа.

стр. 10 ф. N 112/у

ЭТАПНЫЕ ЭПИКРИЗЫ на 1-м году жизни
Краткие амнестические данные

Общие заключения	К 3-м месяцам Дата	К 6-ти месяцам Дата	К 9-ти месяцам Дата	К 12-ти месяцам Дата
Характер вскармливания				
Количество зубов				
Размер большого родничка				
Уровень физического развития (оценка)				
Уровень нервно-психического развития (оценка)				
Перенесенные острые заболевания				
Наличие хронических заболеваний				
Заключение о состоянии здоровья				
Подпись врача				

Профилактические наблюдения и результаты осмотров
ребенка 2-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Профилактические наблюдения и результаты осмотров
ребенка 3-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Осмотр офтальмологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Профилактическое наблюдение и результаты осмотров
ребенка с 3-х до 7 (6 лет 11 мес. 29 дней) лет

Дата осмотра				
Возраст				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотры:				
Педиатром				
Ортопедом (хирургом)				
Офтальмологом				
Невропатологом				
Логопедом				
Стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилактикт., лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначение, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилактикт., лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначение, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ

1. Плановые прививки

КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ

1. Плановые прививки

Прививка против	Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Реакция	
					местная	общая
1	2	3	4	5	6	7
Туберкулеза	Вакцинация					
	1. Ревакцинация					
	2. Ревакцинация					
Полиомиелита	Вакцинация		1-я прививка 2-я прививка 3-я прививка			
	1 ревакцинация		1 прививка 2 прививка			
	2 ревакцинация		1 прививка 2 прививка			
	3 ревакцинация		1 прививка			
	4 ревакцинация					
Дифтерии, коклюша, столбняка (АКДС)	Вакцинация		1 прививка 2 прививка 3 прививка			
	1 ревакцинация					
Дифтерии, столбняка (АДС)	1 ревакцинация					
	2 ревакцинация					
Кори	Вакцинация					
Паротита	Вакцинация					
	2. Внеплановые и вновь введенные плановые прививки					

и реакций на прививки						Противопоказаний к проведению прививок		
Название пробы	Дата проведения	Возраст ребенка	Серия	Размер ин-филтрат	Результат	Наименование прививки	Отвод прививки	
							дата	причина указать на какой срок
1	2	3	4	5	6			
Реакция Манту	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
	11							
	12							
	13							
	14							

Лист текущих наблюдений ребенка патронажной сестрой

Дата посещения	Порядковый N патронажа	Возраст ребенка	Цель посещения (патронаж, выполнение назначений врача, приглашение на прививку и др.)	Отметка о выполнении назначений, совет и др.

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕ- ТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них утверждено Приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.01.2009 N 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них».

Требования к оформлению: заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.

Ситуационная задача:

Иванова Ирина Ивановна, дата рождения 01.09.1991г., 11.02.2022 года приглашена на прием здорового малыша с сыном Ивановым Иваном Ивановичем 15.05.2021 г.р. для плановой вакцинации согласно Национальному календарю вакцинации. После осмотра малыша врач педиатр участковый рекомендовал выполнить сразу 2 прививки: против пневмококковой инфекции и полиомиелита. Иванова Ирина Ивановна от вакцинации против пневмококковой инфекции отказалась, на вакцинацию против полиомиелита дала согласие.

Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь г. Архангельск, ул. Кузьмичевского 12.

Задание: заполните добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них.

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся(аяся)

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет) года рождения, настоящим подтверждаю то,

(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет) что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

_____ ,
(название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

_____ добровольно соглашаюсь на проведение прививки

_____ (название прививки)

_____ (добровольно отказываюсь от проведения прививки)

_____ (название прививки)

_____ несовершеннолетнему

_____ (указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

_____ Я, нижеподписавшийся(аяся)

_____ (фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата _____

_____ (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

Дата _____

КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Карта профилактических прививок 063/у утверждена Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». Документ утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 N 750 «О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР». Однако письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 сообщено, что до издания нового альбома образцов учетных форм учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

Карта заполняется в детском лечебно-профилактическом учреждении (ФАП) при взятии ребенка на учет. В случае выезда ребенка из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках. Карта остается в учреждении.

Ситуационная задача: Иванову Ивану Ивановичу 10 месяцев (15.05.2021г.р.) выполнены следующие профилактические прививки. Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь г. Архангельск, ул. Кузьмичевского 12.

Инфекция	Вид	Препарат	Серия	Дата постановки	Результат
ТУБЕРКУЛЕЗ	V	БЦЖ-М*	51020	25.05.2021	
ПОЛИОМИЕЛИТ	V1	ПЕНТАКСИМ*	ТЗМ-43	07.09.2021	
ПОЛИОМИЕЛИТ	V2	ПЕНТАКСИМ*	ТЗМ-43	23.11.2021	
ПОЛИОМИЕЛИТ	V3	ПЕНТАКСИМ*	ТЗМ-43	11.01.2022	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V1	ПЕНТАКСИМ*	ТЗМ-43	07.09.2021	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V2	ПЕНТАКСИМ*	ТЗМ-43	23.11.2021	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V3	ПЕНТАКСИМ*	ТЗМ-43	11.01.2022	
ГЕПАТИТ В	V1	КОМБИОТЕКС	227-1019	19.05.2021	
ГЕПАТИТ В	V2	КОМБИОТЕКС	227-1019	22.06.2021	
ГЕПАТИТ В	V3	КОМБИОТЕКС	227-1019	23.11.2021	
ГЕМОФИЛЬНАЯ ТИПА В ИН-ФЕК	V1	ПЕНТАКСИМ*	ТЗМ-43	07.09.2021	
ГЕМОФИЛЬНАЯ ТИПА В ИН-ФЕК	V2	ПЕНТАКСИМ*	ТЗМ-43	23.11.2021	
ГЕМОФИЛЬНАЯ ТИПА В ИН-ФЕК	V3	ПЕНТАКСИМ*	ТЗМ-43	11.01.2022	

Задание: заполните карту профилактических прививок ф. 063/у.

Министерство здравоохранения
СССРМедицинская документация
Форма N 063/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030_____
(наименование учреждения)

КАРТА

профилактических прививок

Взят на учет _____ для организованных детей наименование
(дата) детского учреждения _____

1. Фамилия, имя, отчество _____ 2. Дата рождения _____

3. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица _____
дом _____ корпус _____ кв. _____

Отметка о перемене адреса _____

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку (местная)	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат							
		Вакцинация						
		Ревакцинация						

Для типографии
при изготовлении документа
формат А5

стр. 2 N 063/у

Прививки против полиомиелита

Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия

Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка <*>

	Возраст	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						общая Т	местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

<*> Препарат обозначать буквами: АКДС - адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина; АДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин; АДС-М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов; АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин; АС - адсорбированный столбнячный анатоксин; К - коклюшная вакцина.

Реакция Шика <*>

Дата постановки	Доза	Серия	Дата проверки	Результат	Дата постановки	Доза	Серия	Дата проверки	Результат

<*> Результаты реакции Шика отмечаются по степени (+++; ++; +; +/-; -) интенсивности.

Прививки против паротита

Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				общая (Т)	местная	

Прививки против кори

Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				общая (Т)	местная	

Прививки против других инфекций

	Возраст	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						общая Т	местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

Дата снятия с учета _____

Подпись _____

Причина _____

КАРТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

Карта диспансеризации несовершеннолетнего 030-Д/с/у-13 утверждена Приказом Минздрава России от 15.02.2013 N 72н (ред. от 19.11.2020) "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации" (вместе с "Порядком проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации") (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 N 27964).

Требования к оформлению: медицинская организация на основании результатов диспансеризации, внесенных в историю развития ребенка, оформляет, в том числе в электронном виде, учетную форму N 030-Д/с/у-13 "Карта диспансеризации несовершеннолетнего" (далее - карта осмотра), утвержденную настоящим приказом, на каждого несовершеннолетнего, прошедшего диспансеризацию.

Карта осмотра оформляется в двух экземплярах, один из которых по завершении диспансеризации выдается врачом, ответственным за проведение диспансеризации, руководителю (уполномоченному должностному лицу) стационарного учреждения, второй экземпляр - хранится в медицинской организации в течение 5 лет.

Медицинская организация на основании карт осмотра осуществляет ведение системы электронного мониторинга диспансеризации, в которую вносятся сведения о прохождении несовершеннолетними диспансеризации ежемесячно, до 30-го числа месяца, следующего за отчетным, а по итогам года - до 20 января года, следующего за отчетным.

По итогам проведения диспансеризации медицинская организация не позднее чем через 15 рабочих дней после завершения календарного года заполняет отчетную форму N 030-Д/с/о-13 "Сведения о диспансеризации несовершеннолетних" (далее - отчет), утвержденную настоящим приказом.

Ситуационная задача:

Петров Петр Иванович 20.05.2021 г.р., проживающий в детском доме по адресу г. Архангельск, улица Петромостная, д.58. Страховой полис: № 2703597426. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 97597301722. № истории развития ребенка № 792568. Группа крови: А(II) Rh (+). Родители: нет. Петров Петр прошел профилактический медицинский осмотр в возрасте 5 месяцев. Ребенок неорганизованный.

Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск. Адрес места нахождения

ния медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь г. Архангельск, ул. Кузьмичевского 12.

Осмотр педиатра 20.10.2021: Дата начала медицинского осмотра 15.10.2022. Категория ребенка нет категории. Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь ГБУЗ "Архангельская городская клиническая больница № 13", г. Архангельск. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь г. Архангельск, ул. Кузьмичевского 12. Масса 8200. рост 64,5, рост 66,5, окружность головы 42, физическое развитие нормальное, познавательная функция (возраст развития) 5 мес. моторная функция (возраст развития) 5 мес. эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции (возраст развития) 5 мес. предречевое и речевое развитие (возраст развития) 5 мес. Психомоторная сфера: норма. Интеллект: норма. Эмоционально-вегетативная сфера: норма.

Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического осмотра: Практически здоров нет. 2. Диагноз Q62.3. 2.1 Диспансерное наблюдение установлено да. 3.1 Диспансерное наблюдение установлено нет. 4.1 Диспансерное наблюдение установлено нет. 5.1 Диспансерное наблюдение установлено нет. 6.1 Диспансерное наблюдение установлено нет. Группа состояния здоровья II. Медицинская группа для занятий физической культурой I.

Состояние здоровья по результатам проведения настоящего профилактического осмотра: Практически здоров нет.

2. Диагноз Q62.3.

2.1 Диагноз установлен впервые нет.

2.2 Диспансерное наблюдение установлено ранее.

2.3 Дополнительные консультации и исследования назначены да, в амбулаторных условиях.

2.4 Дополнительные консультации и исследования выполнены да, в амбулаторных условиях.

2.5 Лечение назначено да, в амбулаторных условиях.

2.6 Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены да, в амбулаторных условиях. Рекомендации ОАМ контроль 1 раз в 3 мес, УЗИ почек 2 р/г, нефролог по необходимости.

3.1 Диагноз установлен впервые нет.

4.1 Диагноз установлен впервые нет.

5.1 Диагноз установлен впервые нет.

6.1 Диагноз установлен впервые нет. Инвалидность нет. Группа состояния здоровья II. Медицинская группа для занятий физической культурой I. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физи-

ческому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой естественное вскармливание + прикормы по возрасту, режим по возрасту, ФР сред, гарм, ПП по календарю, физ. гр - основная, ОАМ контроль ежеквартально, УЗИ почек 2 р/г.

Задание: заполните карту диспансеризации несовершеннолетнего ф. 030-Д/с/у-13

Карта диспансеризации несовершеннолетнего

1. Полное наименование стационарного учреждения

1.1. Прежнее наименование (в случае его изменения):

1.2. Ведомственная принадлежность: органы здравоохранения, образования, социальной защиты, другое (нужное подчеркнуть).

1.3. Юридический адрес стационарного учреждения:

2. Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего:

2.1. Пол: муж./жен. (нужное подчеркнуть).

2.2. Дата рождения:

2.3. Категория учета ребенка, находящегося в тяжелой жизненной ситуации: ребенок-сирота; ребенок, оставшийся без попечения родителей; ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации, нет категории (нужное подчеркнуть).

2.4. На момент проведения диспансеризации находится в стационарном учреждении, под опекой, попечительством, передан в приемную семью, передан в патронатную семью, усыновлен (удочерена), другое (нужное подчеркнуть).

3. Полис обязательного медицинского страхования:

серия _____

Страховая медицинская организация:

Страховой номер индивидуального лицевого счета

4. Дата поступления в стационарное учреждение:

5. Причина выбытия из стационарного учреждения: опека, попечительство, усыновление (удочерение), передан в приемную семью, передан в патронатную семью, выбыл в другое стационарное учреждение, выбыл по возрасту, смерть, другое (нужное подчеркнуть).

5.1. Дата выбытия:

6. Отсутствует на момент проведения диспансеризации:

_____ (указать причину).

7. Адрес места жительства:

8. Полное наименование медицинской организации, выбранной несовершеннолетним (его родителем или иным законным представителем) для получения первичной медико-санитарной помощи:

9. Юридический адрес медицинской организации, выбранной несовершеннолетним (его родителем или иным законным представителем) для получения первичной медико-санитарной помощи:

10. Дата начала диспансеризации:

11. Полное наименование и юридический адрес медицинской организации, проводившей диспансеризацию:

12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент диспансеризации:
_____ (число дней) _____ (месяцев) _____ лет.

12.1. Для детей в возрасте 0 – 4 лет: масса (кг) _____; рост (см) _____
окружность головы (см) _____; физическое развитие нормальное, с отклонениями
(дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост – нужное подчерк-
нуть).

12.2. Для детей в возрасте 5 – 17 лет включительно: масса (кг) _____; рост (см)
_____ ; нормальное, с отклонениями (дефицит массы тела, избыток массы тела,
_____ низкий
рост, высокий рост – нужное подчеркнуть).

13. Оценка психического развития (состояния):

13.1. Для детей в возрасте 0 – 4 лет:

_____ познавательная функция (возраст развития) _____ ;

_____ моторная функция (возраст развития) _____ ;

_____ эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции
(возраст развития) _____ ;

_____ предречевое и речевое развитие (возраст развития) _____ .

13.2. Для детей в возрасте 5 – 17 лет:

13.2.1. Психомоторная сфера: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).

13.2.2. Интеллект: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).

13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).

14. Оценка полового развития (с 10 лет):

14.1. Половая формула мальчика: Р _____ х _____ а _____

14.2. Половая формула девочки: Р _____ х _____ а _____ е _____

_____ характеристика менструальной функции: menarthe (лет, месяцев) _____ ;
_____ menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, умеренные, скудные, бо-
лезненные и безболезненные (нужное подчеркнуть).

15. Состояние здоровья до проведения диспансеризации:

15.1. Практически здоров _____ (код по МКБ ¹).

15.2. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.2.1. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установ-
лено (нужное подчеркнуть);

15.2.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если “да”: в амбулатор-
ных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчерк-
нуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских органи-
зациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных
медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.2.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях, в условиях дневного ста-
ционара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских ор-
ганизациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в

¹ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

зациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.4. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если “да”: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.5. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были выполнены: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если “да”: оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

15.9. Группа состояния здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

16. Состояние здоровья по результатам проведения диспансеризации:

16.1. Практически здоров _____ (код по МКБ).

16.2. Диагноз _____ (код по МКБ):

16.2.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.2.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

16.2.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если “да”: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.2.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если “да”: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.2.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если “да”: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.2.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если “да”: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

16.2.7. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.3. Диагноз _____ (код по МКБ):

федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

16.6.7. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.7. Инвалидность: да, нет (нужное подчеркнуть); если “да”:

с рождения, приобретенная (нужное подчеркнуть); установлена впервые (дата) _____; дата последнего освидетельствования _____

16.7.1. Заболевания, обусловившие возникновение инвалидности:

(некоторые инфекционные и паразитарные, из них: туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция; новообразования; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, из них: сахарный диабет; психические расстройства и расстройства поведения, в том числе умственная отсталость; болезни нервной системы, из них: церебральный паралич, другие параличические синдромы; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни уха и сосцевидного отростка; болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания, из них: астма, астматический статус; болезни органов пищеварения; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; болезни мочеполовой системы; отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; врожденные аномалии, из них: аномалии нервной системы, аномалии системы кровообращения, аномалии опорно-двигательного аппарата; последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин) (нужное подчеркнуть).

16.7.2. Виды нарушений в состоянии здоровья:

умственные; другие психологические; языковые и речевые; слуховые и вестибулярные; зрительные; висцеральные и метаболические расстройства питания; двигательные; уродующие; общие и генерализованные (нужное подчеркнуть).

16.7.3. Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида:

дата назначения: _____

выполнение на момент диспансеризации: полностью, частично, начато, не выполнена (нужное подчеркнуть).

16.8. Группа состояния здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

16.9. Проведение профилактических прививок:

привит по возрасту²; не привит по медицинским показаниям: полностью, частично; не привит по другим причинам: полностью, частично; нуждается в проведении вакцинации (ре-вакцинации) с указанием наименования прививки (нужное подчеркнуть):

16.10. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой:

16.11. Рекомендации по диспансерному наблюдению, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению с указанием диагноза (код МКБ), вида медицинской организации и специальности (должности) врача:

² В соответствии с национальным календарем профилактических прививок, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.01.2011 № 51н “Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям” (в соответствии с письмом Министерства юстиции Российской Федерации от 17.02.2011 № 01/8577-ДК в государственной регистрации не нуждается).

17. Перечень и даты проведения осмотров врачами-специалистами:

18. Перечень, даты и результаты проведения исследований:

Врач

_____ (подпись)

_____ (фамилия и инициалы)

Руководитель
медицинской организации

_____ (подпись)

_____ (фамилия и инициалы)

Дата заполнения “ ____ ” _____ 20 ____ г.

М.П.

Примечание:

Все пункты Карты диспансеризации несовершеннолетнего (далее – карта) заполняются разборчиво, при отсутствии данных ставится прочерк. Исправления не допускаются. Карта подписывается врачом, ответственным за проведение диспансеризации, руководителем медицинской организации и заверяется печатью медицинской организации.

КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего 030-ПО/у-17 утверждена Приказом Минздрава России от 10.08.2017 N 514н (ред. от 19.11.2020) «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (вместе с «Порядком заполнения учетной формы N 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», «Порядком заполнения и сроки представления формы статистической отчетности N 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних»).

Требования к оформлению: учетная форма N 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» (далее - Карта осмотра) заполняется на каждого несовершеннолетнего (за исключением несовершеннолетних, подлежащих профилактическим осмотрам, в возрасте до 1 года, в 1 год 3 мес. и в 1 год 6 мес.) по результатам прохождения профилактического медицинского осмотра в соответствии с Порядком проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденным настоящим приказом.

На каждого несовершеннолетнего не позднее 20 рабочих дней с даты окончания профилактического осмотра заполняется Карта осмотра, независимо от числа медицинских работников, участвующих в проведении профилактического медицинского осмотра, в том числе в электронном виде с использованием интернет-портала <https://orph.rosminzdrav.ru>.

В случае если несовершеннолетний не обучается в образовательной организации, в пунктах 8 и 9 ставится прочерк.

В подпунктах 15.7 и 16.8 Карты осмотра указывается группа здоровья, определенная в соответствии с Правилами комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних.

В подпунктах 15.8 и 16.9 Карты осмотра указывается медицинская группа для занятий физической культурой, определенная в соответствии с Правилами определения медицинских групп для занятий несовершеннолетними физической культурой.

Все пункты Карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего заполняются разборчиво, при отсутствии данных ставится прочерк. Исправления не допускаются.

Ситуационная задача: Иванов Иван Иванович 15.05.2021 г.р., проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

– 01797597322. № истории развития ребенка № 256879. Группа крови: A(II) Rh (+). Родители: мама Иванова Ирина Ивановна, дата рождения 01.09.1991г., русская, брак не зарегистрирован (гражданский), образование среднее специальное проживает по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Моб.тел. +98597123694; папа Сидоров Иван Сергеевич, 02.03.1989г.р., адрес проживания тот же, образование среднее специальное, работает водителем автобуса. Иванов Иван прошел профилактический медицинский осмотр в возрасте 5 месяцев. Ребенок неорганизованный.

Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь г. Архангельск, ул. Кузьмичевского 12.

Осмотр педиатра 15.10.2021: Дата начала медицинского осмотра 10.10.2022. Категория ребенка нет категории. Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь ГБУЗ "Архангельская городская клиническая больница № 13", г. Архангельск. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь г. Архангельск, ул. Кузьмичевского 12. Масса 7900. рост 63,5, рост 63,5, окружность головы 41, физическое развитие нормальное, познавательная функция (возраст развития) 5 мес. моторная функция (возраст развития) 5 мес. эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции (возраст развития) 5 мес. предречевое и речевое развитие (возраст развития) 5 мес. Психомоторная сфера: норма. Интеллект: норма. Эмоционально-вегетативная сфера: норма.

Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического осмотра: Практически здоров нет. 2. Диагноз Q62.3. 2.1 Диспансерное наблюдение установлено да. 3.1 Диспансерное наблюдение установлено нет. 4.1 Диспансерное наблюдение установлено нет. 5.1 Диспансерное наблюдение установлено нет. 6.1 Диспансерное наблюдение установлено нет. Группа состояния здоровья II. Медицинская группа для занятий физической культурой I.

Состояние здоровья по результатам проведения настоящего профилактического осмотра: Практически здоров нет.

2. Диагноз Q62.3.

2.1 Диагноз установлен впервые нет.

2.2 Диспансерное наблюдение установлено ранее.

2.3 Дополнительные консультации и исследования назначены да, в амбулаторных условиях.

2.4 Дополнительные консультации и исследования выполнены да, в амбулаторных условиях.

2.5 Лечение назначено да, в амбулаторных условиях.

2.6 Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены да, в амбулаторных условиях. Рекомендации ОАМ контроль 1 раз в 3 мес, УЗИ почек 2 р/г, нефролог по необходимости.

3.1 Диагноз установлен впервые нет.

4.1 Диагноз установлен впервые нет.

5.1 Диагноз установлен впервые нет.

6.1 Диагноз установлен впервые нет. Инвалидность нет. Группа состояния здоровья II. Медицинская группа для занятий физической культурой I. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой естественное вскармливание + прикормы по возрасту, режим по возрасту, ФР сред, гарм, ПП по календарю, физ. гр - основная, ОАМ контроль ежеквартально, УЗИ почек 2 р/г. Карта заведена в прорамму МинЗдрав

Задание: заполните карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего ф. 030-ПО/у-17.

Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего: _____

Пол: муж./жен. (нужное подчеркнуть)

Дата рождения: _____

2. Полис обязательного медицинского страхования: серия _____

№ _____

Страховая медицинская организация: _____

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета _____

4. Адрес места жительства (пребывания): _____

5. Категория: ребенок-сирота; ребенок, оставшийся без попечения родителей; ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации; нет категории (нужное подчеркнуть).

6. Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь: _____

7. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь: _____

8. Полное наименование образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний: _____

9. Адрес места нахождения образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний: _____

10. Дата начала профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (далее – профилактический осмотр): _____

11. Полное наименование и адрес места нахождения медицинской организации, проводившей профилактический осмотр: _____

12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент профилактического осмотра: _____ (число дней) _____ (месяцев) _____ лет.

12.1. Для детей в возрасте 0 – 4 лет: масса (кг) _____; рост (см) _____; окружность головы (см) _____; физическое развитие нормальное, с нарушениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост – нужно подчеркнуть).

12.2. Для детей в возрасте 5 – 17 лет включительно: масса (кг) _____; рост (см) _____ нормальное, с нарушениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост – нужно подчеркнуть).

13. Оценка психического развития (состояния): _____

13.1. Для детей в возрасте 0 – 4 лет: _____

познавательная функция (возраст развития)	;
моторная функция (возраст развития)	;
эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции (возраст развития)	;
предречевое и речевое развитие (возраст развития)	.

13.2. Для детей в возрасте 5 – 17 лет:

13.2.1. Психомоторная сфера: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

13.2.2. Интеллект: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

14. Оценка полового развития (с 10 лет):

14.1 Половая формула мальчика: P _____ Ах _____ Fa _____.

14.2. Половая формула девочки: P _____ Ах _____ Ма _____ Ме _____;

характеристика менструальной функции: menarthe (лет, месяцев) _____ ;

menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, умеренные, скудные, болезненные и безболезненные (нужное подчеркнуть).

15. Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического осмотра:

15.1. Практически здоров _____ (код по МКБ ³).

15.2. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.2.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.3. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.3.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.4. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.4.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.5. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.5.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.6. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.6.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.7. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

15.8. Медицинская группа для занятий физической культурой: I, II, III, IV, не допущен (нужное подчеркнуть).

16. Состояние здоровья по результатам проведения настоящего профилактического осмотра:

16.1. Практически здоров _____ (код по МКБ).

16.2. Диагноз _____ (код по МКБ):

16.2.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.2.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).

16.2.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.2.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.2.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.2.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.3. Диагноз _____ (код по МКБ):

³ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

16.6.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.6.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.6.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.7. Инвалидность: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»:

с рождения, приобретенная (нужное подчеркнуть);

установлена впервые (дата)

дата последнего освидетельствования

16.8. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

16.9. Медицинская группа для занятий физической культурой: I, II, III, IV, не допущен (нужное подчеркнуть).

17. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой:

18. Рекомендации по проведению диспансерного наблюдения, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению:

Врач

(подпись)

(И.О. Фамилия)

Руководитель

медицинской организации

(подпись)

(И.О. Фамилия)

Дата заполнения

0

г.

М.П.

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА

для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов

Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов 026/у-2000 (далее «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений») утверждена Приказом Минздрава РФ от 03.07.2000 N 241 «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений».

Требования к оформлению: «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений» предназначена для детей и подростков в возрасте до 18 лет, обучающихся, воспитывающихся в образовательных учреждениях независимо от организационно-правовой формы и формы собственности.

«Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений» заполняется медицинскими работниками (врач, средний медицинский работник) образовательного учреждения. В части скрининг-программы в пределах компетенции педагогического персонала (педагоги, психологи) заполняется медицинскими работниками.

Ситуационная задача: Иванов Иван Иванович 15.05.2004г.р. проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. № истории развития ребенка № 256879. Группа крови: А(II) Rh (+). Родители: мама Иванова Ирина Ивановна, дата рождения 01.09.1986г., русская, брак не зарегистрирован (гражданский), образование среднее специальное проживает по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Моб.тел. +98597123694; папа Сидоров Иван Сергеевич, 02.03.1985г.р., адрес проживания тот же, образование среднее специальное, работает водителем автобуса. Хронических заболеваний у проживающих в квартире с ребенком нет. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, квартира благоустроенная.

Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь ГБУЗ "Архангельская городская клиническая больница № 13", г. Архангельск. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь г. Архангельск, ул. Кузьмичевского 12.

20.01.2006 поступил в детский сад 196 «Улыбка». Перенесенные заболевания: ОРВИ 09.09.2008г. Вирусная пневмония от 01.02.2008г. Санаторно-курортное лечение по путевке № 235698745 в санаторий «Солнышко» г. Сочи (с 15.04.2008 по 30.04.2008).

С 01.09.2011г. обучается в средней общеобразовательной школе №352 г. Архангельска.

Пропуск занятий по болезни в период обучения: 18.11.2011-01.12.2011 ОРВИ; 02.03.2012-10.03.2012 ОРВИ; 28.09.2012-04.10.2012 ОРВИ.

Диспансерный учет: дерматолог: диагноз: атопический дерматит.

Дегельминтизация: 03.2012 кал на яйца глистов отрицательно; 19.01.2013 – соскоб на энтеробиоз.

Рентген нагрузка: 01.02.2008 Rg-органов грудной клетки эффективная доза 10мЗв.

Иммунопрофилактические мероприятия:

Осмотр перед прививкой 29.11.2011: Жалобн нет. Карантин по домашнему адресу нет. Ребенок осмотрен в медицинском кабинете СОШ № 352. Температура 36,6. Общее состояние Удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые Педикулез, чесотка: не выявлены. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Высыпания отсутствуют. Зев: чистый, нормальной окраски. Небные миндалины не увеличены, налетов нет. Лимфоузлы: не увеличены, пальпация безболезненная.. Органы дыхания: дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания в одну минуту: 35. Органы кровообращения: Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС в одну минуту: 90. Органы пищеварения: живот мягкий, пальпация безболезненная, печень, селезенка не увеличены. Стул: оформленный, регулярный. Мочеиспускание: свободное, безболезненное. Диагноз: Соматически здоров. Рекомендации: Разрешена профилактическая прививка против дифтерии и столбняка, группа здоровья II группа. Осмотр через 30 минут после прививки: осложнений на вакцинацию нет.

За период обучения выполнены следующие профилактические прививки:

Инфекция	Вид	Препарат	Серия	Дата постановки	Результат
ТУБЕРКУЛЕЗ	V	БЦЖ*	203486	05.01.2005	
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ1	ТУБЕРКУЛИН*		14.02.2006	ПО-ЛОЖ.БОЛЬШЕ 5 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ2	ТУБЕРКУЛИН*		13.02.2007	ПО-ЛОЖ.БОЛЬШЕ 5 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ3	ТУБЕРКУЛИН*		15.04.2008	ОТРИЦ.ДО 1 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ4	ТУБЕРКУЛИН*		21.04.2009	СОМНИТ.ОТ 1 ДО 4 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ5	ТУБЕРКУЛИН*		27.04.2010	СОМНИТ.ОТ 1 ДО 4 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ6	ТУБЕРКУЛИН*		19.08.2011	ПО-ЛОЖ.БОЛЬШЕ 5 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ7	ТУБЕРКУЛИН*		01.06.2012	ПО-ЛОЖ.БОЛЬШЕ 5 ММ
ПОЛИОМИЕЛИТ	V1	ЖВС*	690	05.07.2005	
ПОЛИОМИЕЛИТ	V2	ЖВС*	707	25.08.2005	
ПОЛИОМИЕЛИТ	V3	ЖВС*	707	25.10.2005	
ПОЛИОМИЕЛИТ	RV1	ЖВС*	727	04.07.2006	
ПОЛИОМИЕЛИТ	RV2	ЖВС*	727	26.09.2006	
ПАРОТИТ	V	ЖПВ*	00379	17.02.2006	
ПАРОТИТ	RV	ЖПВ*	0056	05.04.2011	
КРАСНУХА	V	РУДИВАКС*	376	26.05.2006	
КРАСНУХА	RV	РУДИВАКС*	N0022A	05.04.2011	
КОРЬ	RV	ЖКВ*	00379	17.02.2006	
КОРЬ	RV1	ЖКВ*	0056	05.04.2011	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V1	АКДС*	606	05.07.2005	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V2	АКДС*	606	25.08.2005	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V3	АКДС*	7710	25.10.2005	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	RV1	АКДС*	1102	26.10.2006	
ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	RV1	АДС-М*	213-15	29.11.2011	
ГРИПП	V	ГРИППОЛ*	40808	23.10.2008	
ГРИПП	V1	ГРИППОЛ*	090812	15.10.2012	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В	V1	ЭНДЖЕРИКС-*	461203	03.01.2005	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В	V2	ЭНДЖЕРИКС-*	3970	22.02.2005	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В	V3	ВИРИОН*	030205	25.08.2008	

Данные плановых профилактических медицинских осмотров:

6.1 – перед поступлением в ясли: дата обследования 18.01.2006. Цель посещения перед поступлением в ДДУ 196 «Улыбка». Жалоб нет. Возраст 1 год 8 месяцев. Длина тела 81,5, масса 12600. На общем столе по возрасту. Карантин по домашнему адресу нет. Ребёнок с матерью. Температура 36,6. Общее состояние Удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые Педикулез, чесотка: не выявлены. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Высыпания отсутствуют. Зев: чистый, нормальной окраски. Небные миндалины не

увеличены, налетов нет. Лимфоузлы: не увеличены, пальпация безболезненная. Органы дыхания: дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания в одну минуту: 28. Органы кровообращения: Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС в одну минуту: 116. Органы пищеварения: живот мягкий, пальпация безболезненная, печень, селезенка не увеличены. Стул: кашицей, регулярный. Мочеиспускание: свободное, безболезненное. Хирург: здоров, ортопед: здоров, офтальмолог: здоров, отоларинголог: здоров, дерматолог: здоров, невролог: здоров, стоматолог: здоров. Анализы: кала, мочи, крови без патологии.

Диагноз: Здоров. Рекомендации: выдана мед. комиссия в ДДУ 196 «Улыбка». группа здоровья II группа. Физическое развитие среднее, дисгармоничное. группа физкультурная основная. НПР 1 группа.

6.2 – за 1 год до школы: Хирург: здоров, ортопед: здоров, офтальмолог: здоров, отоларинголог: здоров, дерматолог: здоров, невролог: здоров, стоматолог: здоров. Анализы: кала, мочи, крови без патологии.

Диагноз: Здоров. Рекомендации: выдана мед. комиссия в ДДУ 196 «Улыбка». группа здоровья II группа. Физическое развитие среднее, дисгармоничное. группа физкультурная основная. НПР 1 группа.

6.3 – перед школой: 15.12.2010: Длина тела 122, масса 27,6. На общем столе по возрасту. Карантин по домашнему адресу нет. Температура 36,6. Общее состояние Удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые Педикулез, чесотка: не выявлены. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Высыпания отсутствуют. Зев: чистый, нормальной окраски. Небные миндалины не увеличены, налетов нет. Лимфоузлы: не увеличены, пальпация безболезненная. Органы дыхания: дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания в одну минуту: 20. Органы кровообращения: Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС в одну минуту: 90. Органы пищеварения: живот мягкий, пальпация безболезненная, печень, селезенка не увеличены. Стул: оформленный, регулярный. Мочеиспускание: свободное, безболезненное. Хирург: здоров, ортопед: здоров, офтальмолог: здоров, отоларинголог: здоров, дерматолог: здоров, невролог: здоров, стоматолог: здоров. Анализы: кала, мочи, крови без патологии.

Диагноз: Здоров. Рекомендации: выдана мед. комиссия в СОШ № 352 группа здоровья II группа. Физическое развитие среднее, гармоничное. группа физкультурная основная. НПР 1 группа.

Осмотр в 16 лет: Хирург: здоров, ортопед: здоров, офтальмолог: здоров, отоларинголог: здоров, дерматолог: здоров, невролог: здоров, психиатр: здоров, стоматолог: нуждается в санации, эндокринолог: здоров.. Анализы: кала, мочи, крови без патологии.

Педиатр: На общем столе по возрасту. Карантин по домашнему адресу нет. Температура 36,4. Общее состояние Удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые Педикулез, чесотка: не выявлены. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Высыпания отсутствуют. Зев: чистый, нормальной окраски. Небные миндалины не увеличены, налетов нет. Лимфоузлы: не увеличены, пальпация безболезненная. Органы дыхания: дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания в одну минуту: 18. Органы кровообращения: Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС в одну минуту: 67. АД 110/70 мм рт.ст. Органы пищеварения: живот мягкий, пальпация безболезненная, печень, селезенка не увеличены. Стул: оформленный, регулярный. Мочеиспускание: свободное, безболезненное.

Задание: Заполните медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов ф. 026/у-2000.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

(наименование учреждения)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма N 026/у-2000
Утверждена Министерством
здравоохранения
Российской Федерации
" _ " _____ N _

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
РЕБЕНКА ДЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДОШКОЛЬНОГО,
НАЧАЛЬНОГО ОБЩЕГО, ОСНОВНОГО ОБЩЕГО, СРЕДНЕГО (ПОЛНОГО)
ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, УЧРЕЖДЕНИЙ НАЧАЛЬНОГО И СРЕДНЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ДЕТСКИХ ДОМОВ
И ШКОЛ-ИНТЕРНАТОВ**

1. Общие сведения о ребенке

- 1.1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____ 1.2. Дата рождения _____
1.3. Пол (М/Ж) 1.4. Дом. адрес (или адрес интернатного учрежд.) _____
1.5. Тел. м/жит. _____ 1.6. Обслуживающая поликлиника _____
1.7. Тел. _____

МЕСЯЦ, ГОД ПОС- ТУПЛЕ- НИЯ	1.8. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ <*>						
	1.8.1. ДДУ		1.8.2. Учрежд. общ. среднего образования		1.8.3. Детский дом		
	1.8.1.1	1.8.1.2	1.8.2.1		1.8.2.2	1.8.3.1	1.8.3.2
			1.8.2.1.1	1.8.2.1.2			
МЕСЯЦ, ГОД ПОС- ТУПЛЕ- НИЯ	1.8. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (продолжение)						
	1.8.4. Школа-интернат		1.8.5. Учрежд. нач. профес. образования		1.8.6. Учрежд. ср. профес. образован.		
	1.8.4.1		1.8.4.2	1.8.5.1	1.8.5.2	1.8.6.1	1.8.6.2
	1.1.4.1.1	1.1.4.1.2					

<*> 4-м знаком кодируется характер учреждения: 1 - общее, 2 - коррекционное.

5-м знаком кодируется вид учреждения: 1 - с традиционным построением учебного процесса, 2 - с повышенным содержанием обучения.

1.9. Неблагоприятные проф.-производств. факторы (для данного учреждения профессионального образования, с какого года) _____

1.10. Аллергия

Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген	Возраст начала	Тип реакции	Год уст. диагноза	Примечания

2. Анамнестические сведения

№ стр.	Родители	Ф.И.О.	Г/рождения	Образование <*>	Раб./тел.
2.1.	мать				
2.2.	отец				

<*> 3-м знаком кодируется уровень образования: 1 - б/обр., 2 - н/ср., 3 - ср., 4 - ср. спец., 5 - н/высш., 6 - высш.

2.3. X-ка семьи - полная, неполная (подчеркнуть).

2.4. Микроклимат в семье - благоприятн., неблагоприятн. (подч.).

2.5. Наличие у ребенка места для отдыха и занятий: (комната, индивидуальный стол, нет).

2.6. Семейный анамнез (заболевания у родств. 1 - 2 покол.) _____

2.7. Внешкольные занятия

Код	Вид занятий	Возраст / час. в неделю																
		4		5		6		7		10		12		14 - 15		16 - 17		
2.7.1.	Спорт (указать какой, в т.ч. танцы)																	
2.7.2.	Музыка																	
2.7.3.	Иностранный язык																	
2.7.4.	Другие занятия (указ.)																	

2.8. Перенесенные заболевания

Код	Заболевания	Дата	Код	Заболевание	Дата
2.8.1.	Корь		2.8.9.	Брюшной тиф	
2.8.2.	Коклюш		2.8.10.	Туберкулез	
2.8.3.	Скарлатина		2.8.11.	Ревматизм	
2.8.4.	Дифтерия			Другие (указать какие)	
2.8.5.	Ветряная оспа		2.8.12.		
2.8.6.	Инфекционный паротит		2.8.13.		
2.8.7.	Краснуха		2.8.14.		
2.8.8.	Инфекционный гепатит		2.8.15.		

2.9. Сведения о госпитализации (вкл. травмы, операции)

Дата	Диагноз, вид вмешательства	Учреждение

2.10. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Дата	Диагноз	Учреждение	
		Профиль	Климат. зона

2.11. Пропуск занятий по болезни

Дата		Диагноз	Дата		Диагноз	Дата		Диагноз	Дата		Диагноз
т	о		т	о		т	о		т	о	

3. Сведения о диспансерном наблюдении <*>

<*> Для состоящих на диспансерном наблюдении в территориальной поликлинике.

Диагноз, специ-алист	Дата взя-тия	Контроль посещений специалиста										Дата снятия, причина	
		назн.	явка	назн.	явка	назн.	явка	назн.	явка	назн.	явка		

4. Обязательные лечебно-профилактические мероприятия

4.1. Дегельминтизация

Дата	Результат	Дата	Результат	Дата	Результат

4.2. Санация полости рта

Дата	Данные осмотра стоматологом	Результаты санации

5. Иммунопрофилактические мероприятия
5.1. Осмотр перед профилактическими прививками

Дата	Возр.	Диагноз	Заключение разреш. / не разреш., отказ	При- вивка (какая)	Мед. отвод до _____	Подпись врача

5.2. Профилактические прививки

Прививка	Вакцинация			Ревакцинация			
	I	II	III	I	II	III	IV
5.2.1. Полиомиелит (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедл., замедл.)							
ПОДПИСЬ							
5.2.2. Дифтерия, коклюш, столбняк (какая, дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедл., замедл.)							
ПОДПИСЬ							
5.2.3. Паротит (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедл., замедл.)							
ПОДПИСЬ							
5.2.4. Корь (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедл., замедл.)							
ПОДПИСЬ							
5.2.5. Гепатит "В" (дата)							
Серия, доза							

Способ введения							
Реакция (немедл., замедл.)							
ПОДПИСЬ							
5.2.6. Краснуха (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедл., замедл.)							
ПОДПИСЬ							

5.3. Прививки по эпидпоказаниям

5.2.5. Название, дата							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедл., замедл.)							
ПОДПИСЬ							
5.2.6. Название, дата							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедл., замедл.)							
ПОДПИСЬ							

5.4. Введение гаммаглобулина (по показаниям)

Дата	Причина	Серия, доза	Реакция (немедл., замедл.)	Подпись

5.5. Реакция Манту									
Дата									
Результ.									
Подпись									

5.6. Прививка против туберкулеза (БЦЖ)				
Дата				
Доза				
Серия				
Подпись				

6. Данные плановых профилактических медицинских осмотров
(6.1 - перед поступл. в ясли-сад, детский сад, 6.2 -
за 1 год до школы, 6.3 - перед школой)

Параметры, специалисты		6.1	6.2	6.3
Дата обследования				
Возраст (лет, м-цев)				
Длина тела				
Масса тела				
ЖАЛОБЫ				
ОСМОТРЫ: Педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД - 3 раза)				
Хирург				
Ортопед				
Офтальмолог				
Отоларинголог				
Дерматолог				
Невролог				
Логопед (с 3-х лет)				
Стоматолог				
Педагог, психолог				
ДРУГИЕ				
Ана- лизы	Крови			
	Кала			
	Мочи			
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, со- путствующие заболева- ния)				
Оценка физического раз- вития				
Оценка нервно-психич. развития				
Группа здоровья				
Мед. гр. для занятий физкультурой				
Медико-педагогическое заключение				
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание,				

поступление в образоват. учрежд. общего и коррекц. типов, учрежд. с повыш. содерж. образования и др.)			
---	--	--	--

Подпись врача-педиатра
(участкового, образовательного учреждения):

6.4. В возрасте 7 лет (по окончании 1-го класса школы)

Параметры, специалисты	РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА			
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра		
	Длина тела		Масса тела	
ЖАЛОБЫ				ДИАГНОЗ
ОСМОТРЫ: Педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД - 3 раза)				
Хирург				
Ортопед				
Офтальмолог				
Отоларинголог				
Дерматолог				
Невролог				
Логопед				
Стоматолог				
Педагог, психолог				
Другие				
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующие заболевания)				
Оценка физического развития		Группа здоровья		Мед. группа для занятий физкультур.
Оценка физической подготовленности			АНАЛИЗЫ	РЕЗУЛЬТАТЫ
			Крови	
			Кала	
			Мочи	
Оценка нервно-психич. здоровья				

Медико-педагогическое заключение	
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, перевод в др. образов. учрежд. общего и коррекц. типов, учрежд. с повыш. содерж. образования, др.)	

Подпись врача-педиатра:

6.5. В возрасте 10 лет (переход к предметному обучению)

Параметры, специалисты	РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА								
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра				Класс			
	Длина тела			Масса тела					
Половая формула	Мальчики	Р	Ах	Fa	Девочки	Р	Ma	Ах	Me
Х-ка менстр. ф-ции	Menarche (лет, м-цев)			Menses (х-ка)					
ЖАЛОБЫ						ДИАГНОЗ			
ОСМОТРЫ: Педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД - 3 раза)									
Эндокринолог									
Хирург									
Ортопед									
Офтальмолог									
Отоларинголог									
Невролог									
Гинеколог									
Стоматолог									
Педагог, психолог									
Другие									
ЭКГ									
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующие заболевания)				Оценка уровня полового развития					
Оценка физической подготовленности			АНАЛИЗЫ		РЕЗУЛЬТАТЫ				
			Крови						

		Кала	
		Мочи	
Оценка физического развития		Группа здоровья	Мед. гр. для занятий физкультурой
Оценка нервно-психического развития			
Медико-педагогическое заключение			
Рекомендации (оздоровление, поступление в образоват. учрежд. общего и коррекц. типов, учрежд. с повыш. содерж. образования, др.)			

Подпись врача-педиатра

6.6. В возрасте 12 лет

Параметры, специалисты	РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА			
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра		Класс
	Длина тела		Масса тела	
Половая формула	Мальчики	Р Ах Га	Девочки	Р Ма Ах Ме
Х-ка менстр. ф-ции	Menarche (лет, м-цев)		Menses (х-ка)	
ЖАЛОБЫ				ДИАГНОЗ
ОСМОТРЫ: Педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД - 3 раза)				
Эндокринолог				
Хирург				
Ортопед				
Офтальмолог				
Отоларинголог				
Невролог				
Гинеколог				
Андролог				
Стоматолог				
Педагог, психолог				

Другие				
ЭКГ				
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующие заболевания)			Оценка уровня полового развития	
Оценка физической подготовленности			АНАЛИЗЫ	РЕЗУЛЬТАТЫ
			Крови	
			Кала	
			Мочи	
Оценка физического развития		Группа здоровья		Мед. гр. для занятий физкульт.
Оценка нервно-психического здоровья				
Медико-педагогическое заключение				
Рекомендации (оздоровление, питание, режим, закаливание, перевод в др. образоват. учрежд. общего и коррекц. типов, учрежд. с повыш. содерж. образования и др.)				

Подпись врача-педиатра

6.7. В возрасте 14 - 15 лет

Параметры, специалисты	РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА						
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра				Класс	
	Длина тела			Масса тела			
Половая формула	Мальчики	Р	Ах	Fa	Девочки	Р	Ma Ах Me
X-ка менстр. ф-ции	Menarche (лет, м-цев)			Menses (x-ка)			
ЖАЛОБЫ					ДИАГНОЗ		
ОСМОТРЫ: Педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД - 3 раза)							
Эндокринолог							
Хирург							
Ортопед							
Офтальмолог							

Отоларинголог		
Невролог		
Гинеколог		
Андролог		
Стоматолог		
Педагог, психолог		
Другие		
ЭКГ		
Заключительный диагноз		Оценка уровня полового развития
Оценка физической подготовленности	Анализы и др. методы обсл.	РЕЗУЛЬТАТЫ
	Крови	
	Кала	
	Мочи	
	Флюорография	
Оценка физического развития	Группа здоровья	Мед. гр. для занятий физкульт.
Оценка нервно-психич. здоровья		
Медико-педагогическое заключение		Ограничение деторождения
Репродуктивное поведение		
Рекомендации (оздоровление, питание, режим, перевод в образцов. учрежд. общего и коррекц. типов, учрежд. с повыш. содерж. образования, проф. образцов. и др.)		

Подпись врача-педиатра

6.8. В возрасте 16 лет

Параметры, специалисты	РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА			
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра		Класс
	Длина тела		Масса тела	

Половая формула	Мальчики	P	Ax	Fa	Девочки	P	Ma	Ax	Me	
X-ка менстр. ф-ции	Menarche (лет, м-цев)			Menses (x-ка)						
ЖАЛОБЫ					ДИАГНОЗ					
ОСМОТРЫ: Педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД - 3 раза)										
Эндокринолог										
Хирург										
Ортопед										
Офтальмолог										
Отоларинголог										
Невролог										
Гинеколог										
Андролог										
Стоматолог										
Педагог, психолог										
Другие										
ЭКГ										
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутств. заб-ния)				Оценка уровня полового развития						
Оценка физической подготовленности			Анализы и др. методы обсл.		РЕЗУЛЬТАТЫ					
			Крови							
			Кала							
			Мочи							
			Флюорография							
Оценка физического развития			Группа здоровья			Мед. гр. для занятий физкульт.				
Оценка нервно-психич. здоровья										
Медико-педагогическое заключение				Ограничение деторождения						
Репродуктивное поведение										
Рекомендации (оздоровление, питание, режим, перевод в образов. учрежд. общего и										

коррекц. типов, учрежд. с повыш. содерж. образования, проф. образов. и др.)

Подпись врача-педиатра

6.9. В возрасте 17 лет

Параметры, специалисты	РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА					
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра				
	Длина тела		Масса тела			
Половая формула	Мальчики	Р	Ах	Фа	Девочки	Р Ма Ах Ме
Х-ка менстр. ф-ции	Menarche (лет, м-цев)		Menses (х-ка)			
ЖАЛОБЫ					ДИАГНОЗ	
ОСМОТРЫ: Педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД - 3 раза)						
Эндокринолог						
Хирург						
Ортопед						
Офтальмолог						
Отоларинголог						
Невролог						
Гинеколог						
Андролог						
Стоматолог						
Педагог, психолог						
Другие						
ЭКГ						
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутств. заб-ния)			Оценка уровня полового развития			
Оценка физической подготовленности	Анализы и др. методы обсл.		РЕЗУЛЬТАТЫ			
	Крови					

		Кала	
		Мочи	
		Флюорография	
Оценка физического развития		Группа здоровья	
Оценка нервно-психич. здоровья			
Медико-педагогическое заключение		Ограничение деторождения	
Репродуктивное поведение			
Рекомендации (оздоровление, режим, поступление в учреждения профессионального образования и др.)			

Подпись врача-педиатра

7. Результаты врачебной профессиональной консультации.
Ограничения, противопоказания, рекомендации

Возраст	Дата	Профессия	Рек-ции (показано, ограничения, противопоказано)	Подпись врача
10 лет				
12 лет				
14 - 15 лет				
16 лет				
17 лет				

8. Рекомендации по занятиям спортом, бальными или спортивными танцами (в секциях)

Возраст	Дата	Вид спорта	Рек-ции (показано, ограничения, противопоказано)	Подпись врача
7 лет				
10 лет				
12 лет				
14 - 15 лет				
16 лет				
17 лет				

9. Сведения о подготовке юношей к военной службе <*>

<*> Сведения из истории развития ребенка (ф. 112-у).

Возраст	Дата	Диагноз (с заключением о категории годности к военной службе ст. расписания б-ней Пр. МО РФ N 315 от 22.09.95) <*>	Рекомендации	Отметка о выполнении (дата, результат)	Подпись
2 лет	1				
4 - 5 лет	1				
6 лет	1				
7 лет	1				

<*> Заключение выносится в 16 лет после первоначальной постановки на воинский учет.

10. Данные текущего медицинского наблюдения

Дата	Данные осмотра	Диагноз	Назначения	Подпись

11. СКРИНИНГ-ПРОГРАММА БАЗОВАЯ

ДОШКОЛЬНЫЙ ЭТАП

		3 года	4 года	5 лет	6 лет (год до школы)	7 лет (перед школой)
Дата						
Анкетный тест		- норма - отклонения:		- норма - отклонения:	- норма - отклонения:	- норма - отклонения:
Физическое развитие:	Рост, см	x	x	x	x	x
	Масса, кг	x	x	x	x	x
		- нормальное - низкий рост - дефицит массы - избыток массы	- нормальное - низкий рост - дефицит массы - избыток массы	- нормальное - низкий рост - дефицит массы - избыток массы	- нормальное - низкий рост - дефицит массы - избыток массы	- нормальное - низкий рост - дефицит массы - избыток массы
АД мм рт.ст.						- норма - отклонение
Осанка			- нормальная	- нормальная	- нормальная	- нормальная

		- незначительные отклонения - значительные нарушения	- незначительные отклонения - значительные нарушения	- незначительные отклонения - значительные нарушения	- незначительные отклонения - значительные нарушения
Состояние стопы			- нормальная - уплощенная - плоская		- нормальная - уплощенная - плоская
Острота зрения	ОД= OS= - нормальная - снижена		ОД= OS= - нормальная - снижена		ОД= OS= - нормальная - снижена
Тест Мадиновского (возрастная рефракция)				- нормальная - предмиопия	
Бинокулярное зрение		- норма - нарушение			
Острота слуха	- норма - снижена				- норма - снижена
Динамометрия		Правая рука Левая рука	Правая рука Левая рука	Правая рука Левая рука	Правая рука Левая рука
Физическая подготовленность		- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена
Определение белка в моче	- норма - следы белка - белок в моче		- норма - следы белка - белок в моче		
Определение глюкозы в моче	- норма - глюкоза в моче		- норма - глюкоза в моче		
Расширенная программа					
Биологический возраст (в соответствии с паспортным)				- соответствует - опережает - отстает	- соответствует - опережает - отстает
Дефекты речи				- есть	- есть

					- нет	- нет
Тест Керна-Иерасика					баллов	баллов
Выявление невротических расстройств (анкета)					- норма - отклонения	- норма - отклонения
Нервно-психическое развитие	- мышление и речь		- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение
	- моторное развитие		- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение
	- внимание и память		- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение
	- социальные контакты		- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение
Число заболеваний за год						

11. СКРИНИНГ-ПРОГРАММА БАЗОВАЯ

ШКОЛЬНЫЙ ЭТАП

		7 лет (1 класс)	8 лет	9 лет	10 лет	11 лет
Дата						
Анкетный тест: нет риска, указать направленность риска		Нет риска	Нет риска	Нет риска	Нет риска	Нет риска
Антропометрия:	Рост, см	х	х	х	х	х
	Масса, кг	х	х	х	х	х
Заклучение по физическому развитию		- нормальное - низкий рост	- нормальное - низкий рост	- нормальное - низкий рост	- нормальное - низкий рост	- нормальное - низкий рост
		- дефицит массы - избыток массы	- дефицит массы - избыток массы	- дефицит массы - избыток массы	- дефицит массы - избыток массы	- дефицит массы - избыток массы
АД мм рт.ст.		- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонения	- норма - отклонения	- норма - отклонения
Осанка		- нормальная - значительные отклонения			- нормальная - значительные отклонения	

		- значительные нарушения			- значительные нарушения	
Состояние стопы (плантограмма)		- нормальная - уплощена - плоская		- нормальная - уплощена - плоская		
Острота зрения		ОД= OS= - нормальная - снижена		ОД= OS= - нормальная - снижена		ОД= OS= - нормальная - снижена
Бинокулярное зрение				- норма - нарушение		
Острота слуха		- норма - снижена				
Динамометрия: правая рука левая рука						
Физическая подготовленность		- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена
Определение белка в моче		- норма - следы белка - белок в моче		- норма - следы белка - белок в моче		- норма - следы белка - белок в моче
Определение глюкозы в моче		- норма - глюкоза в моче		- норма - глюкоза в моче		- норма - глюкоза в моче
Расширенная скрининг-программа						
Число заболеваний в год						
Выявление невротических расстройств (анкета)		- нет риска - риск развития			- нет риска - риск развития	- нет риска - риск развития
Нервно-психическое развитие	- эмоционально-вегетативная сфера	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение
	- психомоторная сфера и поведение	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение
	- интеллектуальное	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение	- норма - отклонение

	развитие	ние	ние	клоне- ние	клоне- ние	клоне- ние
Оценка вторичных половых признаков					Ах Р Ма Ме Pol	
Нарушение репродуктивного здоровья (анкета)						

11. СКРИНИНГ-ПРОГРАММА БАЗОВАЯ

ШКОЛЬНЫЙ ЭТАП

		12 лет	13 лет	14 лет	15 лет	16 -17 лет
Дата						
Анкетный тест: нет риска, указать направленность риска		Нет риска		Нет риска	Нет риска	Нет риска
Антропометрия:	Рост, см	х	х	х	х	х
	Масса, кг	х	х	х	х	х
Заключение по физи- ческому развитию		- нор- мальное - низкий рост	- нор- мальное - низкий рост	- нор- мальное - низ- кий рост	- нор- мальное - низ- кий рост	- нор- мальное - низ- кий рост
		- дефи- цит массы - избы- ток массы	- дефи- цит массы - избы- ток массы	- де- фицит массы - из- быток массы	- де- фицит массы - из- быток массы	- де- фицит массы - из- быток массы
АД мм рт.ст.		- норма - откло- ние	- норма - откло- ние	- норма - от- клоне- ния	- норма - от- клоне- ние	- норма - от- клоне- ние
Осанка				- нор- мальная - нез- начи- тельные откло- нения - зна- читель- ные наруше- ния		- нор- мальная - нез- начи- тельные откло- нения - зна- читель- ные наруше- ния
Состояние стопы (плантограмма)		- нор- мальная - упло- щена - плос- кая				- нор- мальная - упло- щена - плос- кая
Острота зрения		ОД= OS= - нор- мальная - сниже- на				ОД= OS= - нор- мальная - сни- жена
Острота слуха						- норма - сни-

						жена
Динамометрия: правая рука левая рука						
Физическая подготовленность	- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена	- норма - снижена - повышена
Определение белка в моче		- норма - следы белка - белок в моче		- норма - следы белка - белок в моче		
Определение глюкозы в моче		- норма - глюкоза в моче		- норма - глюкоза в моче		
Расширенная скрининг-программа						
Число заболеваний за год						
Выявление невротических расстройств (анкета)	- нет риска - риск развития	- нет риска - риск развития	- нет риска - риск развития	- нет риска - риск развития	- нет риска - риск развития	- нет риска - риск развития
Нервно-психическое развитие	- эмоционально-вегетативная сфера - психомоторная сфера и поведение - интеллектуальное развитие	- норма - отклонение - норма - отклонение - норма - отклонение	- норма - отклонение - норма - отклонение - норма - отклонение	- норма - отклонение - норма - отклонение - норма - отклонение	- норма - отклонение - норма - отклонение - норма - отклонение	- норма - отклонение - норма - отклонение - норма - отклонение
Оценка вторичных половых признаков	Ах Р Ма Ме Pol			Ах Р Ма Ме Pol	Ах Р Ма Ме Pol	Ах Р Ма Ме Pol
Нарушение репродуктивного здоровья (анкета)	x			x	x	x

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА ДЛЯ ДЕТЕЙ ФОРМА

Санаторно-курортная карта для детей 076/у утверждена Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 02.11.2020) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

Требования к оформлению: учетная форма N 076/у «Санаторно-курортная карта для детей» (далее - Карта) выдается медицинскими организациями (иными организациями), оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Карта заполняется на бумажном носителе и (или) в форме электронного документа медицинским работником со средним медицинским образованием при предъявлении путевки на санаторно-курортное лечение. Бланк Карты состоит из Карты и обратного (отрезного) талона.

Пункты 6 - 13, выделенные серым цветом, заполняются только на граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг. Справочники для заполнения этих пунктов находятся на оборотной стороне «Справки для получения путевки на санаторно-курортное лечение» (формы N 070/у).

Карта на бумажном носителе заверяется медицинским работником со средним медицинским образованием (для лица, имеющего право на получение набора социальных услуг, Карта заверяется подписью заведующего отделением или председателя врачебной комиссии) и печатью медицинской организации, на оттиске которой идентифицируется полное наименование медицинской организации.

Карта в форме электронного документа подписывается с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника со средним медицинским образованием.

Пункты 1 - 16 обратного (отрезного) талона Карты заполняются лечащим врачом санаторно-курортной организации. Талон заверяется подписями лечащего врача и главного врача санаторно-курортной организации и заверяется печатью санаторно-курортной организации, на оттиске которой идентифицируется полное наименование санаторно-курортной организации.

Ситуационная задача: Иванова Ирина Ивановна, дата рождения 01.09.1991г. 25.03.2022 обратилась к врачу педиатру участковому для оформления санаторно-курортной карты на своего ребенка Иванова Ивана Ивановича 15.05.2021 г.р., в связи с приобретением путевки № 235698745 в санаторий «Солнышко» г. Сочи (с 15.04.2022 по 30.04.2022).

Иванов Иван Иванович 15.05.2021 г.р., проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. № истории развития ребенка № 256879. Посещает детский сад «Одуванчик» г. Архангельска. Мама (Иванова Ирина Ивановна) работает поваром в ООО «Аппетит». Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год. Реконвалесцент по пневмонии от 01.02.2022 г. Наследственность не отягощена. Врач педиатр участковый назначил обследование ребенку и пригласил на повторную явку после обследования для заполнения карты 10 апреля 2022 г. Данные обследования: Педиатр 10.04.2022: диагноз: Реконвалесцент по пневмонии от 01.02.2022 г. Rg 01.02.2022: без патологии.

ОАК 30.03.2022: RBC 4,00, MCV 89,7, RDW% 13,3, RDW_a 41,6, HCT 35,9, PLT 263, MPV 8,3, PDW 12,9, PCT 0,21, LPCR 18,1, WBC 5,8, HGB 125, MCH 30,7, MCHC 336, LYM 2,2, GRAN 3,1, MID 0,5, LYM% 38,7, GRA% 54,7, MID% 6,6, СОЭ 15.

ОАМ 30.03.2022: КРО 1,28, БНЛ neg, УРО + - norm, КЕТ neg, БЕЛ neg, НИТ neg, ГЛЮ neg, р.Н 5,5, У.В. 1028, ЛЕЙ 6,0, АСК neg, COL LT. Yellow, CLA Clear. Кал на яйца глистов 30.03.2022: отрицательный.

Профилактические прививки:

Инфекция	Вид	Препарат	Серия	Дата постановки	Результат
ТУБЕРКУЛЕЗ	V	БЦЖ-М*	461	19.03.2018	
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ1	ТУБЕРКУЛИН*	0	09.04.2019	п 10
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ2	ТУБЕРКУЛИН*	10/52	25.01.2021	
ПОЛИОМИЕЛИТ	V1	ПОЛИОМИ-ЛЕКС	A11144	12.07.2018	
ПОЛИОМИЕЛИТ	V2	ПОЛИОМИ-ЛЕКС	A11146	22.11.2018	
ПОЛИОМИЕЛИТ	V3	БИВАК ПО-ЛИО*	127	22.11.2018	
ПОЛИОМИЕЛИТ	RV1	БИВАК ПО-ЛИО*	144	19.09.2019	
ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ	v1	ПРЕВЕНАР 13	181016	17.01.2019	
ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ	v2	ПРЕВЕНАР 13	090318	21.05.2019	
КРАСНУХА	V	Вакцина против краснухи	M748	04.09.2019	
КОРЬ+ПАРОТИТ	V	ДИВАКЦИНА*	M00283	04.09.2019	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V1	БУБО-КОК*	0970416	12.07.2018	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V2	АКДС*	У-54	11.09.2018	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V3	БУБО-КОК*	П-8	22.11.2018	
ГЕПАТИТ В	V1	КОМБИОТЕКС	1851215	13.03.2018	
ГЕПАТИТ В	V2	БУБО-КОК*	0970416	12.07.2018	
ГЕПАТИТ В	V3	БУБО-КОК*	П-8	22.11.2018	

Задание: заполните санаторно-курортную карту для детей ф. 076/у.

Адрес _____

Медицинская документация
Форма № 076/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Санаторно-курортная карта для детей № _____
“ _____ ” _____ 20 _____ года

Выдается при предъявлении путевки на санаторно-курортное лечение. Без настоящей карты путевка недействительна.

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 _____

5. Идентификационный номер в системе ОМС

6. Субъект Российской Федерации **7. Ближайший субъект Российской Федерации**
(код субъекта Российской Федерации) (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)

8. Климат в месте проживания **9. Климатические факторы в месте проживания**

10. Код льготы **11. Сопровождение ****

12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг
Номер _____ **Серия** _____ **Дата выдачи** . . 2 0

13. СНИЛС

14. № истории развития ребенка _____

15. Образовательная организация _____

16. Место работы матери (отца) _____

17. Анамнез жизни ребенка _____

18. Наследственность _____

19. Профилактические прививки _____

линия отреза

Подлежит возврату в медицинскую организацию, выдавшую санаторно-курортную карту

Обратный талон

1. Санаторно-курортная организация _____

2. ОГРН СКО

3. Фамилия, имя, отчество пациента(ки) _____

4. Период санаторно-курортного лечения: с . **по** .

5. Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

5.1. Основное заболевание _____ код по МКБ-10 _____

5.2. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

5.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности _____ код по МКБ-10 _____

6. Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:

6.1. Основное заболевание _____ код по МКБ-10 _____

6.2. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

20. Жалобы, длительность заболевания, анамнез, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное

21. Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты)

22. Диагноз:

22.1. Основное заболевание _____ код по МКБ-10 _____

22.2. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

22.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности _____

код по МКБ-10 _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

23. Название санаторно-курортной организации

24. Лечение:

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации 2. Амбулаторно

25. Продолжительность курса лечения _____ дней.

26. Путевка №

27. Фамилия, имя, отчество лица, заполнившего карту

28. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии)*

М.П.

* для лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг

Карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, фамилий, подписей, наличия печати.

Срок действия Карты 12 месяцев.

линия отреза

7. Проведено лечение

(виды лечения, количество процедур, их переносимость)

8. Эпикриз (включая данные обследования)

9. Результаты лечения: значительное улучшение улучшение без перемен ухудшение

10. Наличие обострений, потребовавших отмену процедур 1. Да 2. Нет

11. Рекомендации по дальнейшему лечению:

12. Контакт с пациентами, больными инфекционными заболеваниями

13. Лечащий врач

14. Главный врач санаторно-курортной организации

М.П.

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА, ОТЪЕЗЖАЮЩЕГО В ОРГАНИЗАЦИЮ ОТДЫХА ДЕТЕЙ И ИХ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ФОРМА

Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления форма 079/у утверждена Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 02.11.2020) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

Требования к оформлению: учетная форма N 079/у «Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления» (далее - Справка) выдается медицинской организацией (иной организацией), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях детям.

Справка на бумажном носителе и (или) в форме электронного документа заполняется врачом и (или) медицинским работником со средним профессиональным образованием после проведения медицинского осмотра ребенка, отъезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления.

Справка на бумажном носителе заверяется подписью врача и печатью медицинской организации, на оттиске которой идентифицируется полное наименование медицинской организации.

Справка в форме электронного документа формируется в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и подписывается врачом с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

Ситуационная задача:

Иванова Ирина Ивановна, дата рождения 01.09.1991г. 25.04.2022 обратилась к врачу педиатру участковому для оформления медицинской справки о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления на своего ребенка Иванова Ивана Ивановича 15.05.2015 г.р., в связи с оформлением его в летний лагерь «Рассвет» г. Сочи (с 01.06.2022 по 30.06.2022гг.).

Иванов Иван Иванович 15.05.2015 г.р., проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. № истории развития ребенка № 256879. Посещает среднюю общеобразовательную школу №352 г. Архангельска. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год. Наследственность не отягощена. Врач педиатр участковый назначил обследование ребенку и пригласил на повторную явку для оформления медицинской справки о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления.

Данные обследования: Жалобы Нет. Карантин по домашнему адресу нет. Ребёнок с матерью. Температура 36,6. Общее состояние Удовлетворительное. Акушерский анамнез: Беременность на фоне ОАА, ОРВИ, ХУГИ, анемия. Роды 1 в 38 недель., роды быстрые. Масса-2790, рост-48см. Период адаптации – состояние удовлетворительное. Педикулез, чесотка: не выявлены. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Высыпания отсутствуют. Зев: чистый, нормальной окраски. Небные миндалины не увеличены, налетов нет. Лимфоузлы: не увеличены, пальпация безболезненная. Органы дыхания: дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания в одну минуту: 15. Органы кровообращения: Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС в одну минуту: 86. Органы пищеварения: живот мягкий, пальпация безболезненная, печень, селезенка не увеличены. Стул: оформленный, регулярный. Мочеиспускание: свободное, безболезненное. Диагноз: Соматически здоров. Общий медицинский осмотр, Z10.8. Рекомендации: на "Д" учете не состоит. Привит по возрасту. Группа здоровья II группа. Физическое развитие нормальное. Группа физкультурная основная. НПП 1 группа.

ОАК 10.05.2022: RBC 4,00, MCV 89,7, RDW% 13,3, RDW_a 41,6, HCT 35,9, PLT 263, MPV 8,3, PDW 12,9, PCT 0,21, LPCR 18,1, WBC 5,8, HGB 125, MCH 30,7, MCHC 336, LYM 2,2, GRAN 3,1, MID 0,5, LYM% 38,7, GRA% 54,7, MID% 6,6, СОЭ 15.

ОАМ 10.05.2022: КРО 1,28 , БНЛ neg , УРО + - norm , КЕТ neg , БЕЛ neg , НИТ neg , ГЛЮ neg , р.Н 5,5 , У.В. 1028 , ЛЕЙ 6,0 , АСК neg , COL LT. Yellow , CLA Clear.

Кал на яйца глистов 10.05.2022: отрицательный.

Профилактические прививки:

Инфекция	Вид	Препарат	Серия	Дата постановки	Результат
ТУБЕРКУЛЕЗ	V(3-7дней)	БЦЖ-М*	522	20.02.2015	руб.5
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ1	ТУБЕРКУЛИН*	00	11.06.2016	сом.4
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ2	ТУБЕРКУЛИН*	00	31.10.2017	отр.
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ3	ТУБЕРКУЛИН*	10708420	25.10.2021	ar2

ПОЛИОМИЕЛИТ	V1	ИМОВАКС-ПОЛИО	7333-1	25.06.2015
ПОЛИОМИЕЛИТ	V2	ИМОВАКС-ПОЛИО	7333-1	20.08.2015
ПОЛИОМИЕЛИТ	V3	ОРАЛЬН.ПОЛИО М.ВАКЦИНА	978	17.12.2015
ПОЛИОМИЕЛИТ	RV1	ОРАЛЬН.ПОЛИО М.ВАКЦИНА	017	14.03.2017
ПОЛИОМИЕЛИТ	RV2	ОРАЛЬН.ПОЛИО М.ВАКЦИНА	065	07.09.2017
ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ	V1	ПРЕВЕНАР 13	241215	07.03.2016
ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ	V2	ПРЕВЕНАР 13	100414	13.06.2016
КРАСНУХА	V1	ЖКВ*	M436	14.03.2017
КРАСНУХА	RV	ЖКВ*	м 237	29.10.2021
КОРЬ+ПАРОТИТ	V1	ДИВАКЦИНА*	M00937	14.03.2017
КОРЬ+ПАРОТИТ	RV	ДИВАКЦИНА*	м 001	29.10.2021
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V1	АКДС*	У-2	25.06.2015
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V2	БУБО-КОК*	096121	20.08.2015
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V3	БУБО-КОК*	П-21	17.12.2015
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V2	БУБО-КОК*	П-21	17.12.2015
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V3	БУБО-КОК*	П-2	07.09.2017
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	RV1	БУБО-КОК*	П-2	07.09.2017
ГЕПАТИТ В	V1	БУБО-КОК*	096121	20.08.2015

Задание: заполните медицинскую справку о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления ф. 079/у.

Наименование медицинской организации _____
Адрес _____

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация
Учетная форма № 079/у
утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**Медицинская справка
о состоянии здоровья ребенка, выезжающего в организацию
отдыха детей и их оздоровления**

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

2. Пол: муж., жен. _____

3. Дата рождения

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

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

5. № школы _____ класс _____

6. Перенесенные детские инфекционные заболевания _____

7. Проведенные профилактические прививки _____

8. Состояние здоровья:

Диагноз заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ 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) _____

10. Физическое развитие _____

11. Медицинская группа для занятий физической культурой _____

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 _____

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

16. Фамилия, инициалы и подпись врача _____

М.П. _____

« ___ » _____ 20 ___ года

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА (ВРАЧЕБНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ)

Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение) 086/у утверждена Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 02.11.2020) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»

Требования к оформлению: учетная форма N 086/у «Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)» заполняется в отношении абитуриентов, поступающих в образовательные организации высшего профессионального образования, образовательные организации среднего профессионального образования, несовершеннолетних 15 - 17 лет, поступающих на работу (далее - Справка), медицинской организацией (иной организацией), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Справка формируется как на бумажном носителе, так и в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи врача, в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Ситуационная задача: 28 марта 2022 года к врачу педиатру участковому обратился Иванов Иван Иванович, 31.12.2004 года рождения, проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. Паспорт серии АП № 985543, с просьбой оформить на него справку для поступления в техникум. Иванов И.И. обучается в 11 классе средней общеобразовательной школы №352 г. Архангельска. Справка требуется для поступления в Архангельский политехнический техникум с целью обучения на столяра-плотника. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год. Хронический гастрит, в стадии ремиссии. Врачом педиатром участковым Иванов И.И. направлен на обследование и повторно приглашен на 06 апреля 2022 года для оформления справки. Данные обследования: Терапевт: диагноз: Хронический гастрит, ремиссия. Невролог 30.03.2022: диагноз: Здоров. Хирург 30.03.2022: диагноз: Здоров.

Отоларинголог 30.03.2022: диагноз: Здоров. Офтальмолог 30.03.2022: диагноз: Здоров. ФОГ 01.02.2022: без патологии.

ОАК 30.03.2022: RBC 4,00, MCV 89,7, RDW% 13,3, RDWа 41,6, HCT 35,9, PLT 263, MPV 8,3, PDW 12,9, PCT 0,21, LPCR 18,1, WBC 5,8, HGB 125, MCH 30,7, MCHC 336, LYM 2,2, GRAN 3,1, MID 0,5, LYM% 38,7, GRA% 54,7, MID% 6,6, СОЭ 15.

ОАМ 30.03.2022: КРО 1,28, БНЛ neg, УРО + - norm, КЕТ neg, БЕЛ neg, НИТ neg, ГЛЮ neg, р.Н 5,5, У.В. 1028, ЛЕЙ 6,0, АСК neg, COL LT. Yellow, CLA Clear.

Профилактические прививки:

Инфекция	Вид	Препарат	Серия	Дата постановки	Результат
ТУБЕРКУЛЕЗ	V	БЦЖ*	203486	05.01.2005	
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ1	ТУБЕРКУЛИН*		14.02.2006	ПО-ЛОЖ.БОЛЬШЕ 5 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ2	ТУБЕРКУЛИН*		13.02.2007	ПО-ЛОЖ.БОЛЬШЕ 5 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ3	ТУБЕРКУЛИН*		15.04.2008	ОТРИЦ.ДО 1 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ4	ТУБЕРКУЛИН*		21.04.2009	СОМНИТ.ОТ 1 ДО 4 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ5	ТУБЕРКУЛИН*		27.04.2010	СОМНИТ.ОТ 1 ДО 4 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ6	ТУБЕРКУЛИН*		19.08.2011	ПО-ЛОЖ.БОЛЬШЕ 5 ММ
РЕАКЦИЯ МАНТУ	МАНТУ7	ТУБЕРКУЛИН*		01.06.2012	ПО-ЛОЖ.БОЛЬШЕ 5 ММ
ПОЛИОМИЕЛИТ	V1	ЖВС*	690	05.07.2005	
ПОЛИОМИЕЛИТ	V2	ЖВС*	707	25.08.2005	
ПОЛИОМИЕЛИТ	V3	ЖВС*	707	25.10.2005	
ПОЛИОМИЕЛИТ	RV1	ЖВС*	727	04.07.2006	
ПОЛИОМИЕЛИТ	RV2	ЖВС*	727	26.09.2006	
ПАРОТИТ	V	ЖПВ*	00379	17.02.2006	
ПАРОТИТ	RV	ЖПВ*	0056	05.04.2011	
КРАСНУХА	V	РУДИВАКС*	376	26.05.2006	
КРАСНУХА	RV	РУДИВАКС*	N0022 А	05.04.2011	
КОРЬ	RV	ЖКВ*	00379	17.02.2006	
КОРЬ	RV1	ЖКВ*	0056	05.04.2011	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V1	АКДС*	606	05.07.2005	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V2	АКДС*	606	25.08.2005	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	V3	АКДС*	7710	25.10.2005	
КОКЛЮШ-ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	RV1	АКДС*	1102	26.10.2006	
ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК	RV1	АДС-М*	213-15	29.11.2011	
ГРИПП	V	ГРИППОЛ*	40808	23.10.2008	
ГРИПП	V1	ГРИППОЛ*	090812	15.10.2012	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В	V1	ЭНДЖЕРИКС-*	461203	03.01.2005	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В	V2	ЭНДЖЕРИКС-*	3970	22.02.2005	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В	V3	ВИРИОН*	030205	25.08.2008	

06.04.2022 года медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение) ф. 086/у заполнена врачом педиатром участковым.
Задание: заполните медицинскую справку (врачебное профессионально-консультативное заключение) ф. 086/у.

Наименование медицинской организации _____ Код формы по ОКУД _____
_____ Код организации по ОКПО _____
Адрес _____ Медицинская документация
_____ Форма N 086/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. N 834н

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА N _____
(врачебное профессионально-консультативное заключение)

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
3. Место регистрации:
субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____
улица _____ дом _____
квартира _____
4. Место учебы, работы _____
5. Перенесенные заболевания _____

6. Профилактические прививки _____

_____ оборотная сторона ф. N 086/у

7. Объективные данные и состояние здоровья:
Врач-терапевт _____
Врач-хирург _____
Врач-невролог _____
Врач-оториноларинголог _____
Врач-офтальмолог _____

Данные флюорографии _____

Данные лабораторных исследований _____

8. Заключение о профессиональной пригодности _____

Дата выдачи справки:

"__" _____ 20__ г.

Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку _____

Подпись врача _____

Ф.И.О. Главного врача медицинской организации _____

Подпись _____

МП

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.

СПРАВКА О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ, УЧАЩИХСЯ ПРОФТЕХУЧИЛИЩ О БОЛЕЗНЯХ, КАРАНТИНЕ РЕБЕНКА, ПОСЕЩАЮЩЕГО ШКОЛУ, ДЕТ- СКОЕ ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение 095/у утверждена Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». Документ утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 N 750 «О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР». Однако письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 сообщено, что до издания нового альбома образцов учетных форм учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

Ситуационная задача:

С 01 марта 2022 года по 10 марта 2022 у врача педиатра участкового находился на лечении Иванов Иван Иванович, 31.12.2004 года рождения, проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. Обучающийся в Архангельском политехническом техникуме на столяра-плотника. С диагнозом: ОРВИ с признаками ринофарингита легкой степени тяжести. Контакта с инфекционными больными нет. Освобождения от занятий физической культурой нет.

Задание: заполните справку о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение ф. 095/у.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 095/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

СПРАВКА

о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума,
профессионально-технического училища, о болезни,
карантине и прочих причинах отсутствия ребенка,
посещающего школу, детское дошкольное учреждение
(нужное подчеркнуть)

Дата выдачи " __ " _____ 20__ г.

Студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольное учреждение (нужное подчеркнуть) _____

название учебного заведения, _____

дошкольного учреждения _____

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения (год, месяц, для детей до 1-го года - день) _____

Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия) _____

Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими) _____

(подчеркнуть, вписать)

освобожден от занятий, посещений детского дошкольного учреждения

с _____ по _____

с _____ по _____

М.П.

Подпись врача _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 095/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

Контрольный талон к справке N _____

Дата выдачи _____

Фамилия, имя, отчество _____

Название учебного заведения, детского дошкольного учреждения _____

Диагноз заболевания _____

Освобожден с _____ по _____

Освобождение продлено с _____ по _____

Фамилия врача, выдающего справку _____

Примечание. Контрольные талоны служат для учета выданных справок.

Учебное издание

Мохначева Татьяна Евгеньевна
Моногарова Юлия Юрьевна
Варакина Жанна Леонидовна и др.

**МЕТОДИКА ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

Рабочая тетрадь № 2

Издано в авторской редакции
Компьютерная верстка *О.Е. Чернецовой*

Подписано в печать 16.11.2022.
Формат 60×90^{1/8}. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 9,3. Уч.-изд. л. 7,2.
Тираж 100 экз. Заказ № 2510

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон (8182)20-61-90. E-mail: izdatelnsmu@yandex.ru