М.П. Подпись врача

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Наименование медицинской организации  | Код формы по ОКУД\_\_\_ |
|  | Код организации по ОКПО\_\_\_ |
|  |  |
| Адрес  |  |
|  | Медицинская документация  |
|  | Учетная форма N 079/уутверждена приказомМинздрава России[от 15 декабря 2014 г. N 834н](http://docs.cntd.ru/document/420245402)  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Медицинская справка** **о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организациюотдыха 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. N школы  |  | класс  |  |  |
| 6. Перенесенные детские инфекционные заболевания  |
|  |
|  |
|  |
| 7. Проведенные профилактические прививки  |  |
|  |
| 8. Состояние здоровья: |
| Диагноз заболевания  |  | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265)  |  |
|  |
|  | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265)  |  |
|  |  |  |
|  | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265)  |  |
|  |
|  | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265)  |  |
|  |
| 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. Добровольное информированное согласие родителей на введение иммуноглобулина противоклещевого при укусе клеща не привитым детям и на экстренную иммунопрофилактику. |
| 17. Фамилия, инициалы и подпись врача  |  |
|  |
|  |
| МП  |
|  |
| " |  | " |  | 20  |  | года  |

**Эпидемиологический лист\***

Ф.И.О. ребёнка

Дата рождения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Посещали ли Вы (ребёнок) в течение последнего месяца иностранные государства: |  ДА |  НЕТ |
| Если ДА, укажите какое государство вы посещали:  |
| Укажите дату посещения (возвращения): |
| Контактировали ли Вы (ребёнок) с лицами, вернувшимися из других государств |  ДА |  НЕТ |
| Если ДА, укажите дату контакта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Вы (ребёнок) были в контакте с больными или инфицированными COVID 19Если находились в самоизоляции по контакту, дата отрицательного анализа на COVID 19 |  ДА |  НЕТ |
| Были ли у Вас (ребёнка) признаки ОРВИ или имеются сейчас (повышение температуры, ломота в «мышцах», резь в глазах, слезотечение, сухой кашель, першение в горле, потеря обоняния и/или вкуса) в течение последних 14 дней? |  ДА |  НЕТ |
| Есть ли заболевшие ОРЗ/ОРВИ (повышение температуры, ломота в «мышцах», резь в глазах, слезотечение, сухой кашель, першение в горле, потеря обоняния и/или вкуса) в семье или в ближайшем окружении?Если ДА, то когда?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ДА | НЕТ |
| Я подтверждаю, что вся предоставленная мной информация верна. Я ознакомлен (а), что за сокрытие или предоставление ложной информации несу ответственность по закону Российской Федерации ст. 19.7 КоАП РФ |  подпись |
| Дата заполнения: \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020г |
| Ф.И.О. и подпись законного представителя ребёнка |

Рекомендуемое информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя
"\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

проживающий(-ая) по адресу:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских
вмешательств моему ребенку
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ф.И.О. ребенка, от имени которого выступает законный представитель

"\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,
чьим законным представителем я являюсь,
проживающему по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
фактический адрес проживания ребенка
при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, в доступной для меня форме, а также уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.
В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации и ответственному педагогическому работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительной организации с "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. до "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Подпись Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Дата оформления добровольного
информированного согласия

Перечень видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.