М.П. Подпись врача

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Медицинская справка**  **о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего 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. 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 19  Если 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.