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, 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. законного представителя _____

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 _____ в том числе педикулёз _____, чесотка_____.

<u>Добровольное информированное согласие родителей (законных представителей) на введение иммуноглобулина противоклещевого при укусе клеща не привитым детям:</u>

Ф.И.О. матери, отца (законного представителя) _____

Подпись _____

<u>Добровольное информированное согласие родителей (законных представителей) на экстренную иммунопрофилактику, в том числе от кори, ветряной оспы:</u>

Ф.И.О. матери, отца (законного представителя) _____

Подпись _____

16. Фамилия, инициалы и подпись врача _____

_____

М.П. мед. организации

«___» _____ 20___ года