

ПРАВИЛА
медицинского отбора и направления детей,
подростков загородный оздоровительный лагерь
общего типа

Штамп
лечебно-профилактического
учреждения

Приложение № 1
к приказу департамента здравоохранения
администрации края и Центра
Госсанэпиднадзора по Хабаровскому краю
от 24.04.2000 № 168/32 «Об организации
медико- санитарного обеспечения детей в
оздоровительных учреждениях летом 2000
года»

1. Медицинская карта заполняется врачом педиатром или врачом подросткового кабинета, с комплексной оценкой состояния здоровья ребенка.

2. Данные страхового медицинского полиса заполняются врачом и заверяются печатью лечебно – профилактического учреждения.

3. Сведения об отсутствии контакта с инфекционными больными в школе (классе) и по месту жительства, а так же данные осмотра на педикулез и кожные болезни выдаются лечебно-профилактическими учреждениями **за 3 дня до заезда в лагерь.**

4. Дети должны быть привиты по возрасту и с учетом эпидемиологической ситуации на территории.

5. Дети, не имеющие перечисленных медицинских документов, или имеющие противопоказания по состоянию здоровья, возвращаются обратно с сопровождающим лицом за счет направляющей организации. Сведения о неправильном отборе детей направляются в территориальные органы здравоохранения.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ для направления в загородный оздоровительный лагерь общего типа:

- ✓ Все заболевания в остром периоде, хронические в период обострения и в течении 6 месяцев после обострения;
- ✓ Инфекционные и паразитарные заболевания, в том числе туберкулез различных органов и систем;
- ✓ Заболевания крови, связанные с нарушением свертываемости;
- ✓ Психические заболевания, патологическое развитие личности с расстройством поведения и социальной адаптации, умственной отсталостью, в том числе эпилепсия.
- ✓ Врожденные и приобретенные заболевания опорно-двигательного аппарата, при которых ребенок нуждается в индивидуальном уходе;
- ✓ Черепно-мозговая травма и состояния послеоперационного лечения в течении 6 месяцев;
- ✓ Эндокринные заболевания, при которых ребенок нуждается в специфической заместительной терапии;
- ✓ Бронхиальная астма, независимо от степени тяжести;
- ✓ Эпилепсия (эписиндром), судорожный синдром

МЕДИЦИНСКАЯ ОБМЕННАЯ КАРТА
ребенка направляемого в загородный оздоровительный лагерь общего типа
(заполняется родителями)

Лагерь _____ Путевка _____

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения « ____ » _____ г.

Место учебы _____ Класс _____

Адрес местожительства _____

(индекс, почтовый адрес, телефон)

Фамилия, имя, отчество, занятие, место работы, телефон родителей или лиц их заменяющих:

Мать _____

Отец _____

МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ (заполняются врачом)

Анамнез (данные о травмах, всех перенесенных заболеваниях, в том числе инфекционных, алергоанамнез) _____

ПРИМЕЧАНИЕ: Настоящая карта заполняется на основании медицинских данных, содержащихся в учетной форме № 112/у «История развития ребенка», учетной форме № 025-1/у «Вкладной лист подростка к медицинской карте», учетной форме № 156/у-93 «Сертификат о профилактических прививках»

Состоит на диспансерном учете (диагноз, с какого времени, дата последнего обострения) _____

ДАнные ИЗ СЕРТИФИКАТА О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

(даты проведения прививок)

1. Против кори _____

2. Против дифтерии, коклюша, столбняка, краснухи, полиомиелита _____

3. Против эпидемического паротита _____

4. Против туберкулеза _____

В том числе реакция Манту _____

5. Против инфекционных заболеваний, эндемичных для соответствующих территорий (клещевой энцефалит) _____

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Физическое развитие _____

Нервно-психическое развитие _____

Диагноз основной _____

Сопутствующие заболевания _____

Группа здоровья: 1 2 3 (нужное подчеркнуть)
 общий щадящий (нужное подчеркнуть)

Медицинская группа для занятий физической культурой:

Основная подготовительная специальная (нужное подчеркнуть)

Рекомендации _____

Страховой медицинский полис:

Серия _____ № _____

Наименование и адрес лечебно-профилактического учреждения, выдавшего карту _____

Должность и фамилия лица, заполняющего карту _____

« _____ » _____ 20 ____ г. Врач _____
(дата заполнения) М.П. (подпись, личная печать)

ОСМОТР НА ПЕДИКУЛЕЗ, КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ (заполняется за 3 дня до заезда в лагерь)

Проводилась санитарная обработка (да, нет)

Дата осмотра _____ Подпись врача _____

ДАнные ОБ ОТСУТСТВИИ КОНТАКТА С ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЬНЫМИ ЗА ПОСЛЕДНИИ 3 НЕДЕЛИ

(заполняется за 3 дня до заезда в лагерь)

Дата выдачи _____ Подпись врача _____

М.П.

Линия отреза

Заполняется в лагере

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения « _____ » _____ г.

Место учебы _____

Лагерь _____

Состояние здоровья и перенесенные заболевания во время пребывания в оздоровительном лагере _____

Контакт с инфекционными больными _____

Эффективность оздоровления _____

Масса тела: при поступлении _____ при выписке _____

Динамометрия _____

Спирометрия _____

« _____ » _____ 20 ____ г. Врач _____
(дата заполнения) (подпись, личная печать)

М.П.

ПРИМЕЧАНИЕ: Карта подлежит возврату в школу по месту учебы.