

## МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления

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 \_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_

5. № школы \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_

6. Перенесенные детские инфекционные и неинфекционные заболевания, операции, травмы (даты) \_\_\_\_\_

7. Проведенные профилактические прививки и результаты обследований в целях выявления туберкулеза

8. Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия), аллергические реакции: \_\_\_\_\_

Состояние здоровья, диагноз:

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10  
\_\_\_\_\_ код по МКБ-10  
\_\_\_\_\_ код по МКБ-10  
\_\_\_\_\_ код по МКБ-10

9. Рекомендуемый режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) с указанием даты назначения \_\_\_\_\_

10. Физическое развитие: рост \_\_\_\_\_, масса тела \_\_\_\_\_, (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост)

11. По результатам профилактического медицинского осмотра (дата) \_\_\_\_\_ нужное подчеркнуть присвоена группа  
здоровья \_\_\_\_\_ медицинская группа для занятий физической культурой \_\_\_\_\_

12. Нуждаемость в условиях доступной среды (пандусы, поручни, кресла-коляски, адаптивные лифты и другие) \_\_\_\_\_

13. Нуждаемость в сопровождении ребенка (законным представителем в период пребывания в ООДиО) \_\_\_\_\_

14. Осмотр на педикулез и чесотку (дата, результат) \_\_\_\_\_ Обследование на гельминтозы  
(энтеробиоз, гименоленидоз) (дата, результат) \_\_\_\_\_

Информация о контактах с инфекционными больными (дата, результат) \_\_\_\_\_

15. Заключение (об отсутствии противопоказаний для пребывания в ООДиО, отсутствие обострений хронического заболевания, отсутствие стадии декомпенсации подтверждается заключениями врачей, у которых состоит ребенок на диспансерном наблюдении) \_\_\_\_\_

16. Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” М.П. \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

**Заполняется врачом санаторного оздоровительного лагеря**

17. Состояние здоровья во время пребывания в санаторном оздоровительном лагере:

---

---

---

---

18. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

---

---

19. Контакт с инфекционными больными \_\_\_\_\_

---

**Эффективность оздоровления в санаторном оздоровительном лагере**

20. Общее состояние в динамике \_\_\_\_\_

---

---

21. Масса тела: при поступлении \_\_\_\_\_ при отъезде \_\_\_\_\_

22. Динамометрия \_\_\_\_\_

23. Спирометрия \_\_\_\_\_

24. Фамилия, инициалы и подпись врача санаторного оздоровительного лагеря \_\_\_\_\_

---

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Справка подлежит возврату в детскую поликлинику.