

ДАнные О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

таблица заполняется полностью

Прививки	Название препарата	Дата введения						Доза	Серия
		вакцинация			ревакцинация				
		V1	V2	V3	RV1	RV2	RV3		
ТВС	БЦЖ	13.01.2000 с91						0.05	
Полиомиелит	ОПВ	11.04.2000 с533	12.05.2000 с533	13.06.2000 с556	27.03.2001 с592	17.01.2002 с609	10.02.2014 с877	4	
Дифтерия, коклюш, столбняк	АКДС АДС-м	11.04.2000 с614-1	12.05.2000 с614-1	13.06.2000 с614-1	24.07.2001 с650-6	17.01.207 с47/21	10.02.2014 сП-71	0.5	
Корь	ЖКВ Микроген*	25.01.2001 с677			13.01.2006 с1368			0.5	
Краснуха	Краснушная вакцина Индия	13.04.2006 с370			08.02.2013 с533 Крвак ц.Микроген*			0.5	
Эпидпаротит	ЖПВ	25.01.2001 с0316			13.01.2006 с0299			0.5	
Гепатит В	Геп.Вд рож.Комбитех*	11.05.2006с3 80406	11.06.2006с3 80406	15.12.2006с1 240706				0.5	
Клещевой вирусный энцефалит									
По эпидпоказаниям	ОПВдоп				24.04.2001с59 2				

ИЛИ ПРИЛАГАЕТСЯ КСЕРОКОПИЯ СЕРТИФИКАТА ПРИВИВОК УЧЕТНАЯ ФОРМА № 63

Осмотр на педикулез, контагиозные кожные заболевания:

-выявлен, -нет. Проводилась санобработка: -да, -нет.

Дата осмотра « 16 »июля 2015 г. Врач _____ (Лыскова Е.Е..)

ДАнные ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Общий анализ крови Нв130,Ер 5.4 Цп 0.98,Л 6.4 Тц280,СОЭ8 мм/ч «19»июня 2015 г.

Общий анализ мочи 150мл,с/ж,Р1023,рн5.ЛЮ-1,Б(-)С(-) « 19 » июня 2015г.

Анализ кала на я/гельм. __не обнаружены «14 » июля 2015г.

Флюорография (с 15лет) или реакция Манту штамп / печать 24 02 2015г.



Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма № 159/у-02
Утверждена Минздравом России
«20» февраля 2002 г. № 58

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ребенка, направляемого в ФГБУ «МДЦ «Артек»

Лагерь заполнение в Артеке _____ Дата прибытия « 18 » июля 2015 г.
Смена № 8 Отряд № в Артеке _____ Путевка № в Артеке _____

Фамилия, имя, отчество _Иванов Иван Иванович

Дата рождения « 08 »января 2000 г. Класс 9_

Адрес места жительства _298640 Республика Крым ,Ялтинский р-н ,пгт Гурзуф ул. Санаторная д.41
кв 72 (3654)263477

(индекс, почтовый адрес, домашний телефон)

Страховой полис обязательного медицинского страхования

Серия 01 45№ 7650989_АО Крымская Страховая Компания

(наименование страховой компании)

Мать* _Ромашкина Ольга Николаевна

(фамилия, имя отчество)

_Артековскаяспеиализированная школа +79781234567

(место работы, телефон)

Отец * _Иванов Иван Петрович

ООО Социальное питание +79788765432

(место работы, телефон)

* - лица, их заменяющие

СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ РЕБЕНКА

Анамнез (данные о развитии ребенка, травмах, перенесенных заболеваниях, в том числе инфекционных, _аллергоанамнез)__

__Рос , развивался согласно возрасту .В анамнезе редкие ОРЗ (до 3 раз в год) аллергоанамнез не отягощен ,ветряная оспа (2007). Сколиотическая осанка

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

Примечание: Настоящая карта заполняется на основании медицинских данных, содержащихся в форме № 112/у «История развития ребенка», форме № 063/у «Карта профилактических прививок».

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Физическое развитие вес 50_, рост 164_, динамометрия Пр36 ,Л 40_, функциональные пробы (оценка) _проба Летунова с 30 приседаниями
Нервно-психическое развитие _Соответствует возрасту
Группа здоровья I II* III (нужное обвести кружком)
Медицинская группа для занятий физической культурой:
Основная*, Подготовительная, Специальная (нужное подчеркнуть)
Режим - общий*, щадящий (нужное подчеркнуть)
ДИАГНОЗ ОСНОВНОЙ: Здоров грзд2 .
Стоматологом осмотрен 19.06.2015г. Санация полости рта произведена.
СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Нарушение осанки Кожные покровы чистые, волосистая часть головы осмотрена ,педикулеза нет.

ВРАЧЕБНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ Здоров. Группа здоровья 2. Основная группа для занятий спортом. Пребывание в ФГБОУ не противопоказано
Дата заполнения « 14_ » июля 2015 г. Врач __Лысикова Е.Е. ФИО
ПЕЧАТЬ/штамп учреждения МЗРФ

Отметка об отсутствии (наличии) контакта с инфекционным больным у ребенка по месту пребывания, перед прибытием в ФГБУ «МДЦ «Артек» в течение 21 дня. Инфекционной патологии по месту проживания с 23 июня по 16 июля не зарегистрировано.

Дата заполнения « 16 » июля 20 г. Врач _Лысикова Е.Е._
ФИО

М.П.
Главный врач /зав. поликлиникой __ Ефанова И.В. ПЕЧАТЬ подпись фамилия, имя

ПОРЯДОК МЕДИЦИНСКОГО ОТБОРА И ПРАВИЛА НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ в ФГБУ «МДЦ «Артек»

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРИКАЗУ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ № 363 ОТ 16.04.2012 г.
«В ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ ДЕТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ С
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ И С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ В СТАДИИ
СТОЙКОЙ РЕМИССИИ, НЕ НУЖДАЮЩИЕСЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ КОРРЕКЦИОННО-
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ (ДИЕТА, СПЕЦ. РЕЖИМ, ЛЕЧЕБНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПО
ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ) И НЕ ИМЕЮЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ АКТИВНОГО
ОТДЫХА».**

1. Медицинская карта (форма № 159/у-02), до «Эпикриза» заполняется участковым врачом-педиатром с комплексной оценкой состояния здоровья ребенка за две недели до начала срока путевки.
2. В ФГБУ «МДЦ «Артек» направляются: летний период в возрасте 8-16 лет; зимний период в возрасте 10-16 лет.
3. Справка или отметка об отсутствии контакта с инфекционными больными в школе (классе) и по месту жительства выдается амбулаторно-поликлиническим учреждением или в центрах Госсанэпиднадзора за 3 дня до отъезда. Справка прилагается к медицинской карте.
4. Дети должны быть привиты по возрасту и с учетом эпидемиологической ситуации на территории.
5. Санация полости рта обязательна.
6. Дети, не имеющие перечисленных медицинских документов или имеющие противопоказания по состоянию здоровья, возвращаются обратно с сопровождающим лицом за счет направившей организации. Сведения о неправильном отборе детей направляются в территориальные органы здравоохранения.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ в ФГБУ «МДЦ «Артек»

1. Все заболевания в остром периоде.
2. Инфекционные и паразитарные болезни, в т.ч. туберкулез.
3. Инфекционные заболевания кожи (микоз, чесотка).
4. Все формы педикулеза.

5. Злокачественные новообразования, в ремиссии не менее 1 года.
6. Психические и поведенческие расстройства, в состоянии обострения или неустойчивой ремиссии, сопровождающиеся нарушениями настроения, поведения и социальной адаптации, и представляющие опасность для себя и окружающих.
7. Тяжелые нарушения опорно-двигательного аппарата, последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин, требующие индивидуальной помощи и ухода.
8. Эпилепсия, все формы.
9. Сахарный диабет.
10. Системные заболевания соединительной ткани.
11. Зависимость от алкоголя, наркотиков, психоактивных веществ.

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

остается в ФГБУ «МДЦ «Артек»

Эффективность пребывания (динамика антропометрических показателей, функциональных проб, изменений в соматическом статусе, физическом развитии и т.д.)

Эффективность оздоровления:

выраженный оздоровительный эффект, слабый, отсутствует (нужное подчеркнуть)
Перенесенные заболевания, травмы (в период пребывания в ФГБУ «МДЦ «Артек»)

Контакт с инфекционными больными

Диагноз при выбытии из ФГБУ «МДЦ «Артек»

Рекомендации

Оставлен (а) до выздоровления

(дата, место госпитализации, диагноз)

Оставлен(а) на повторную смену

« ____ » _____ 200 г.

Врач

ОТРЫВНОЙ ТАЛОН

подлежит возврату в детскую поликлинику по месту жительства ребенка

Эффективность пребывания (динамика антропометрических показателей, функциональных проб, изменений в соматическом статусе, физическом развитии и т.д.)

Эффективность оздоровления:

выраженный оздоровительный эффект, слабый, отсутствует (нужное подчеркнуть)
Перенесенные заболевания, травмы (в период пребывания в центре)

Контакт с инфекционными больными

Диагноз при выбытии из ФГБУ

Рекомендации

Оставлен (а) до выздоровления

(дата, место госпитализации, диагноз)

Оставлен(а) на повторную смену

« ____ » _____ 200 г.

Врач