

Пояснительная записка
по порядку оформления медицинской документации предусмотренной
правилами приема на обучение в ФГКОУ «Волгоградский кадетский корпус
Следственного комитета Российской Федерации»

Уважаемые родители, законные представители кандидат!

При подготовке пакета документов, необходимых для поступления на обучение Вам необходимо предоставить:

1. Копию страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования кандидата.
2. Карту профилактического медицинского осмотра - учетная форма № 030-ПО/у-17(Приложение № 2, к приказу Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 №514-н).
3. Медицинское заключение о принадлежности к медицинской группе здоровья (Приложение № 4, к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 №514-н).
4. Копию медицинской карты формы № 026-у-2000 (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.08.2020 № 241 «Об утверждении медицинской карты для образовательных учреждений»)
5. Копию истории развития ребенка (учетная форма 112/у) (утверждена Министерством здравоохранения Российской Федерации 04.10.1980 №1030) (Приложение 3) или выписку из нее (с печатью главного врача).
6. Копию сертификата профилактических прививок.
7. Справки из:
психоневрологического диспансера
наркологического диспансера
противотуберкулезного диспансера.

Учетная форма N 030-ПО/у-17

Карта
профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего:

Пол: муж./жен. (нужное подчеркнуть)

Дата рождения: _____

2. Полис обязательного медицинского страхования: серия _____ N _____

Страховая медицинская организация: _____

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета _____

4. Адрес места жительства (пребывания): _____

5. Категория: ребенок-сирота; ребенок, оставшийся без попечения родителей; ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации; нет категории (нужное подчеркнуть).

6. Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь: _____

7. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь: _____

8. Полное наименование образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний: _____

9. Адрес места нахождения образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний: _____

10. Дата начала профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (далее - профилактический осмотр): _____

11. Полное наименование и адрес места нахождения медицинской организации, проводившей профилактический осмотр: _____

12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент профилактического осмотра: _____ (число дней) _____ (месяцев) _____ лет.

12.1. Для детей в возрасте 0 - 4 лет: масса (кг) _____; рост (см) _____; окружность головы (см) _____; физическое развитие нормальное, с нарушениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужно подчеркнуть).

12.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет включительно: масса (кг) _____; рост (см) _____; нормальное, с нарушениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужно подчеркнуть).

13. Оценка психического развития (состояния):

13.1. Для детей в возрасте 0 - 4 лет:

познавательная функция (возраст развития) _____;

моторная функция (возраст развития) _____;

эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции (возраст развития) _____;

предречевое и речевое развитие (возраст развития) _____.

13.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет:

13.2.1. Психомоторная сфера: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

13.2.2. Интеллект: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

14. Оценка полового развития (с 10 лет):

14.1. Половая формула мальчика: Р ____ Ах ____ Fa ____.

14.2. Половая формула девочки: Р ____ Ах ____ Ma ____ Me ____; характеристика менструальной функции: менархе (лет, месяцев) _____;

menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, умеренные, скудные, болезненные и безболезненные (нужное подчеркнуть).

15. Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического осмотра:

Практически здоров _____ (код по МКБ <1>).

15.2. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.2.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.3. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.3.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.4. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.4.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.5. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.5.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.6. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.6.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.7. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

15.8. Медицинская группа для занятий физической культурой: I, II, III, IV, не допущен (нужное подчеркнуть).

16. Состояние здоровья по результатам проведения настоящего профилактического осмотра:

16.1. Практически здоров _____ (код по МКБ).

16.2. Диагноз _____ (код по МКБ):

16.2.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.2.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).

16.2.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.2.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.2.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.2.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.3. Диагноз _____ (код по МКБ):

16.3.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.6.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено

впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).

16.6.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.6.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.6.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.6.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

16.7. Инвалидность: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": с рождения, приобретенная (нужное подчеркнуть); установлена впервые (дата) _____: дата последнего освидетельствования _____.

16.8. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

16.9. Медицинская группа для занятий физической культурой: I, II, III, IV, не допущен (нужное подчеркнуть).

17. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой: _____

18. Рекомендации по проведению диспансерного наблюдения, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению: _____

Врач _____
(подпись) (И.О. Фамилия)

Руководитель
медицинской организации _____
(подпись) (И.О. Фамилия)

Дата заполнения " __ " _____ 20__ г. М.П.

<1> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Примечание:

Все пункты Карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего заполняются разборчиво, при отсутствии данных ставится прочерк. Исправления не допускаются.

Приложение N 4
к **Порядку** проведения
профилактических медицинских
осмотров несовершеннолетних,
утвержденному **приказом** Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 10 августа 2017 г. N 514н

Форма

**Медицинское заключение
о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе
для занятий физической культурой**

Выдано _____
(полное наименование медицинской организации)

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего в дателъном падеже,
дата рождения)

о том, что он (она) допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям физической культурой (ненужное зачеркнуть) без ограничений (с ограничениями) в соответствии с медицинской группой для занятий физической культурой (ненужное зачеркнуть).

Медицинская группа для занятий физической культурой:

(указывается в соответствии с **приложением N 3** к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних)

(должность врача, выдавшего заключение) (подпись) (И.О. Фамилия)

М.П.

Дата выдачи "___" _____ 20__ г.

Медицинская документация
Форма № 112/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

Группа крови _____
 Резус-принадлежность _____ Внимание: измененная реактивность
 1. Фамилия ребенка _____
 имя _____ отчество _____
 2. Дата рождения "... ." _____ 19 г.
 3. Пол: муж., жен. (подчеркнуть) _____
 4. Место жительства: район _____ город, село _____
 улица _____, кв. _____ телефон _____
 5. Проживает постоянно (временно): приезжий, из другого города, села (подчеркнуть)

[illegible]