

**Памятка по оформлению медицинской документации,
предусмотренной Правилами приема на обучение
в ФГКОУ «Волгоградский кадетский корпус
Следственного комитета Российской Федерации им. Ф.Ф. Слипченко»**

Уважаемые родители, законные представители кандидатов!

При подготовке пакета документов, необходимых для поступления на обучение, Вам, в соответствии с п. 2.2. Правил приема в ФГКОУ «Волгоградский кадетский корпус Следственного комитета Российской Федерации им. Ф.Ф. Слипченко», необходимо предоставить:

1. Копию страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования кандидата;

2. Карту профилактического медицинского осмотра - учетная форма № 030-ПО/у-17 (содержится в приложении № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514-н);

На кандидатов на обучение, относящихся к категории детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, может предоставляться Карта диспансеризации несовершеннолетнего – учетная форма № 030-Д/с/у-13 (содержится в приложении № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н), которая заполняется на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

3. Медицинское заключение о принадлежности к медицинской группе здоровья (содержится в приложении № 4 к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н);

4. Копию медицинской карты формы № 026-у-2000 из общеобразовательной организации, в которой обучается кандидат (утверждена приказом 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 (содержится в приложении № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.10.1980 № 1030) или выписку из истории развития ребенка, заверенную угловым штампом в левом верхнем углу первой страницы выписки, личной печатью врача-педиатра и печатью «Для справок» в правом нижнем углу на последней странице);

6. Копию сертификата профилактических прививок;

7. Справку из психоневрологического диспансера, подтверждающую, что кандидат не состоит на учете (наблюдении);

8. Справку из наркологического диспансера, подтверждающую, что кандидат не состоит на учете (наблюдении);

9. Справку из противотуберкулезного диспансера, подтверждающую, что кандидат не состоит на учете (наблюдении).

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

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

наименование учреждения

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

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)

6. Дата взятия на учет в данное учреждение		Откуда прибыл	
число, месяц, год			
число, месяц, год			
число, месяц, год			
7. Дата снятия с учета		Причина снятия с учета (при переезде указать адрес выбытия)	
число, месяц, год			
число, месяц, год			
8. Показания к диспансерному наблюдению в связи с заболеванием			
Дата взятия на учет		Возраст ребенка	Диагноз
9. Отметка о посещении детских учреждений			
Дата оформления в детское учреждение	Возраст ребенка	Наименование учреждения	Дата выбытия из детского учреждения

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5

Сведения о семье

Родители и дети (фамилия, И. О.)	Год рождения	Место работы, должность, телефон (для детей - детские учреждения)	Наличие хронических заболеваний
Мать			
Отец			
Дети:			

Хронические заболевания у других лиц, проживающих в квартире _____

Жилищно-бытовые условия _____

Дополнительные данные _____

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточненные диагнозы). Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разборчиво)	Отметки о госпитализации (название стационара, даты с ".." по "..")

и т.д. до конца страницы

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточненные диагнозы). Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разборчиво)	Отметки о госпитализации (название стационара, даты с ".." по "..")

и т.д. до конца страницы

Учет антибиотиков, примененных при лечении ребенка

Дата назначения	Наименование антибиотика и доза	Продолжительность курса лечения	Реакция на применение антибиотика

и т.д. до конца страницы

продолжение

Учет рентгенологических исследований

Дата исследования	Возраст ребенка	Характер и область исследования (R-графия, R-скопия, Ф-графия)

и т.д. до конца страницы

Сведения о новорожденном

Дата выписки из роддома № _____		Дата получения извещения о новорожденном из роддома № _____	
Число, месяц, год	День жизни	Число, месяц, год	День жизни

Место для приклеивания обменной карты

Первичный врачебный патронаж к новорожденному _____

"..." _____ 19... г. _____ в возрасте,

дата посещения

на _____ день после выписки из роддома

Жалобы матери _____

Характер вскармливания _____

Общее состояние ребенка _____

Физиологические рефлексы новорожденного _____

Мышечный тонус _____ телосложение _____

Кожа _____ зев _____

Слизистые _____ состояние питания _____

Костная система _____

череп, швы, роднички, ключицы, состояние тазобедренных суставов

Дыхание _____

частота, характер, форма грудной клетки, перкуссия и аускультация органов дыхания

Сердечно-сосудистая система _____

видимая пульсация, звучность тонов

Пупочная ранка _____

Живот _____ печень _____ селезенка _____

Половые органы _____

Мочевыделение _____ характер стула _____

Условия, режим, уход за новорожденным _____

Заключение _____

Подпись врача _____

ЛИСТ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Даты профилактических осмотров ребенка врачами и наблюдений медицинской сестрой

Специальность врача (медицинской сестры)	Возраст ребенка при осмотре											
	Месяцы первого года жизни											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Дата осмотра ребенка											
В поликлинике												
1. Педиатр на дому												
2. Травматолог-ортопед												
3. Невропатолог (психонев.)												
4. Офтальмолог												
5. Стоматолог												
6. Другие специалисты												

продолжение

Специальность врача (медицинской сестры)	Кварталы 2-го года				Полугодие 3-го года		Годы жизни				
	I	II	III	IV	I	II	4	5	6	7	
В поликлинике											
1. Педиатр на дому											
2. Травматолог-ортопед											
3. Невропатолог (психонев.)											
4. Офтальмолог											
5. Стоматолог											
6. Другие специалисты											

Участковая медсестра _____

Профилактика и лечение рахита

Цель назначения	Назначение витамина D ₂					Ультрафиоле- товое облучение
	Вид пре- парата	Разовая доза и кратность приема	Дата назна- чения	Дата отмены	Всего получил на курс	
Профилак- тическая						
Лечебная						

продолжение

Гимнастика в массах

Наименование комплекса	Возраст	Дата назначения	Отметка о выполнении
I комплекс	1,5-3 мес.		
II комплекс	3-4 мес.		
III комплекс	4-6 мес.		
IV комплекс	6-9 мес.		
V комплекс	9-12 мес.		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА О ХАРАКТЕРЕ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

Вскармливание			
	Грудное	Смешанное	Искусственное
С какого возраста			
По какой возраст			

Срок введения первого прикорма	
Дата введения прикорма	Возраст ребенка

Причины перевода		
На смешанное вскармливание	На искусственное вскармливание	
1	Болезнь матери	1
2	Отсутствие матери	2
3	Гипоталактия	3
4	Отсутствие лактации	4
5	Выход на работу (учебу)	5
6	По желанию матери	6
7	Особенности и патологические состояния ребенка	7
8	Другие причины	8

Антропометрические данные на первом году жизни				
Возраст (месяцев)	Масса (вес) в гр.	Прирост массы (веса)	Окружность	
			грудной клетки	головы
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Примечание: соответствующая цифра обводится кружком, при переводе на смешанное вскармливание в колонке слева, на искусственное - в колонке справа.

ЭТАПНЫЕ ЭПИКРИЗЫ НА 1-ОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Краткие анамнестические данные

Общие заключения	К 3-м месяцам Дата	К 6-ти месяцам Дата	К 9-ти месяцам Дата	К 12-ти месяцам Дата
Характер вскармливания				
Количество зубов				
Размер большого родничка				
Уровень физического развития (оценка)				
Уровень нервно-психического развития (оценка)				
Перенесенные острые заболевания				
Наличие хронических заболеваний				
Заключение о состоянии здоровья				
Подпись врача				

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 2-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 3-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Осмотр офтальмологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка с 3-х до 7
(6 лет 11 мес. 29 дней) лет

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотры: Педиатром				
Ортопедом (хирургом)				
Офтальмологом				
Невропатологом				
Логопедом				
Стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилактик. лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначения, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилактик. лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначения, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ

1. Плановые прививки

Прививка против			Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Реакция	
							местная	общая
1			2	3	4	5	6	7
Туберкулеза	Вакцинация							
	1. Ревакцинация 2. Ревакцинация							
	Вакцинация	1-я прививка 2-я прививка 3-я прививка						
Полиомиелита	1 ревакцинация	1 прививка 2 прививка						
	2 ревакцинация	1 прививка 2 прививка						
	3 ревакцинация	1 прививка						
	4 ревакцинация							
Дифтерии, коклюша, столбняка (АКДС)	Вакцинация							
	1 ревакцинация							
Дифтерии, столбняка (АДС)	1 ревакцинация							
	2 ревакцинация							
Кори	Вакцинация							
Паротита	Вакцинация							
2. Внеплановые и вновь введенные плановые прививки								

и реакций на прививки

Название пробы	Дата проведения	Возраст ребенка	Серия	Размер инфильтрата	Результат
1	2	3	4	5	6
Реакция Манту	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				

продолжение

Противопоказаний к проведению прививок

Наименование прививки	Отвод прививки		
	дата	причина	указать на какой срок

Лист текущих наблюдений ребенка патронажной сестрой

Дата посещений	Порядковый № патронажа	Возраст ребенка	Цель посещения (патронаж, выполнение назначений врача, приглашение на прививку и др.)	Отметка о выполнении назначений, совет и др.

Место для приклеивания результатов анализов и справок

Инструкция по заполнению учетной формы № 112/у
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

«История развития ребенка» является основным медицинским документом детской поликлиники, а также детских яслей, ясельных групп яслей-садов, домов ребенка. Она предназначена для ведения записей наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка и об его медицинском обслуживании от рождения до 14 лет включительно (школьников — до окончания средней школы).

История развития ребенка заполняется на каждого ребенка при взятии его на учет: в детской поликлинике — при первичном патронаже (вызове на дом) или первом обращении в поликлинику; в яслях, яслях-садах и домах ребенка — с момента поступления в дошкольное учреждение.

Паспортная часть истории развития ребенка, в т. ч. касающаяся сведений о составе семьи, заполняется в регистратуре поликлиники при взятии его на учет на основании сведений родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном (форма № 113/у) «Обменная карта» (родильного дома, родильного отделения больницы) или медицинского свидетельства о рождении (ф. № 103/у) и опроса родителей.

Отсутствие медицинского свидетельства о рождении или данных о прописке не является основанием для отказа в обслуживании ребенка.

В детских яслях, ясельных группах яслей-садов и домах ребенка паспортная часть заполняется медицинской сестрой.

Медицинская сестра (в детской поликлинике — участковая) заполняет также раздел «Сведения о семье» при первом посещении ребенка на дому или первом обращении его в детскую поликлинику в части, касающейся наличия хронических заболеваний в семье. Для регистрации данных текущих наблюдений патронажной медицинской сестры за ребенком предназначен последний раздел истории развития ребенка.

Все остальные записи производятся врачами всех специальностей в порядке текущих наблюдений. Все записи, сделанные врачами, должны быть ими подписаны.

Истории развития ребенка хранятся в картотеке регистратуры по годам рождения и передаются врачу в день посещения ребенком поликлиники или посещения врачом ребенка на дому.

Истории развития ребенка на детей до 1 года, как правило, хранятся в кабинете участкового педиатра для оперативного использования их в целях обеспечения систематического наблюдения за ребенком и своевременного проведения профилактических мероприятий.

При выбытии ребенка из-под наблюдения данной детской поликлиники на титульном листе «Истории развития ребенка» делается соответствующая отметка: указывается дата снятия с учета и причина (переезд, смерть; выбытие из детского учреждения). При переезде указывается обязательно — куда выбыл (адрес). В этом случае в целях обеспечения преемственности в наблюдении за ребенком его «История развития» по запросу с нового места жительства должна передаваться в соответствующую детскую поликлинику. При отсутствии запроса «История» хранится в картотеке регистратуры 3 года, а затем сдается в архив.

При достижении ребенком возраста 15 лет (или после окончания школы) «История развития» передается в поликлинику для взрослых по месту жительства.

«История развития ребенка» не только медицинский, но и юридический документ. В ней не разрешается производить подчистки, зачеркивания, изменения и дополнения в записях текущих наблюдений.

*«История развития ребенка» используется для составления годового «Отчета лечебно-профилактического учреждения» — форма № 30 и отчета № 31 «О медицинской помощи детям и подросткам-школьникам».**

* Редакция абзаца по Типовой инструкции к заполнению форм первичной мед. документации от 1983 года: «История развития ребенка» используется для составления годового «Отчета лечебно-профилактического учреждения» — форма № 1 (табл. 6.3 и др.) и отчета-вкладыша № 2 «О медицинской помощи детям».*

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: P ___ Ax ___ Fa ___.

14.2. Половая формула девочки: P ___ Ax ___ 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).

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.

Медицинская документация
Учетная форма № 030-Д/с/у-13**Карта диспансеризации несовершеннолетнего**

1. Полное наименование стационарного учреждения

1.1. Прежнее наименование (в случае его изменения):

1.2. Ведомственная принадлежность: органы здравоохранения, образования, социальной защиты, другое (нужное подчеркнуть).

1.3. Юридический адрес стационарного учреждения:

2. Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего:

2.1. Пол: муж./жен. (нужное подчеркнуть)

2.2. Дата рождения:

2.3. Категория учета ребенка, находящегося в тяжелой жизненной ситуации: ребенок-сирота; ребенок, оставшийся без попечения родителей; ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации, нет категории (нужное подчеркнуть).

2.4. На момент проведения диспансеризации находится в стационарном учреждении, под опекой, попечительством, передан в приемную семью, передан в патронатную семью, усыновлен (удочерен), другое (нужное подчеркнуть).

3. Полис обязательного медицинского страхования:

серия _____ № _____.

Страховая медицинская организация:

Страховой номер индивидуального лицевого счета _____.

4. Дата поступления в стационарное учреждение:

5. Причина выбытия из стационарного учреждения: опека, попечительство, усыновление (удочерение), передан в приемную семью, передан в патронатную семью, выбыл в другое стационарное учреждение, выбыл по возрасту, смерть, другое (нужное подчеркнуть).

5.1. Дата выбытия:

6. Отсутствует на момент проведения диспансеризации:

_____ (указать причину).

7. Адрес места жительства:

8. Полное наименование медицинской организации, выбранной несовершеннолетним (его родителем или иным законным представителем) для получения первичной медико-санитарной помощи:

9. Юридический адрес медицинской организации, выбранной несовершеннолетним (его родителем или иным законным представителем) для получения первичной медико-санитарной помощи:

10. Дата начала диспансеризации:

11. Полное наименование и юридический адрес медицинской организации, проводившей диспансеризацию:

12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент диспансеризации: _____

(число дней) _____ (месяцев) _____ лет.

12.1. Для детей в возрасте 0—4 лет: масса (кг) _____; рост (см) _____; окружность головы (см) _____; физическое развитие нормальное, с отклонениями (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 отклонениями (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, отклонение) (нужно подчеркнуть).

13.2.2. Интеллект: (норма, отклонение) (нужно подчеркнуть).

13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, отклонение) (нужно подчеркнуть).

14. Оценка полового развития (с 10 лет):

14.1. Половая формула мальчика: P _____ Ax _____ Fa _____.

14.2. Половая формула девочки: P _____ Ax _____ Ma _____ Me _____;

характеристика менструальной функции: menarhe (лет, месяцев) _____;

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

15. Состояние здоровья до проведения диспансеризации:

15.1. Практически здоров _____ (код по МКБ¹).

15.2. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.2.1. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужно подчеркнуть);

15.2.2. Лечение было назначено: да, нет (нужно подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужно подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужно подчеркнуть).

15.2.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужно подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужно подчеркнуть).

15.2.4. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были назначены: да, нет (нужно подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужно подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужно подчеркнуть).

15.2.5. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были выполнены: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужно подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужно подчеркнуть).

15.2.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужно подчеркнуть); если «да»: оказана, не оказана (нужно подчеркнуть).

15.3. Диагноз _____ (код по МКБ).

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

Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.5.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.5.4. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.5.5. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были выполнены: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.5.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

15.6. Диагноз _____ (код по МКБ).

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

15.6.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.4. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.5. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были выполнены: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

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

16. Состояние здоровья по результатам проведения диспансеризации:

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); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (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); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (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); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

16.6.7. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.7. Инвалидность: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»:

с рождения, приобретенная (нужное подчеркнуть); установлена впервые (дата) _____; дата последнего освидетельствования _____.

16.7.1. Заболевания, обусловившие возникновение инвалидности:

(некоторые инфекционные и паразитарные, из них: туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция; новообразования; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, из них: сахарный диабет; психические расстройства и расстройства поведения, в том числе умственная отсталость; болезни нервной системы, из них: церебральный паралич, другие параличические синдромы; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни уха и сосцевидного отростка; болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания, из них: астма, астматический статус; болезни органов пищеварения; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; болезни мочеполовой системы; отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; врожденные аномалии, из них: аномалии нервной системы, аномалии системы кровообращения, аномалии опорно-двигательного аппарата; последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин) (нужное подчеркнуть).

16.7.2. Виды нарушений в состоянии здоровья:

умственные; другие психологические; языковые и речевые; слуховые и вестибулярные; зрительные; висцеральные и метаболические расстройства питания; двигательные; уродующие; общие и генерализованные (нужное подчеркнуть).

16.7.3. Индивидуальная программа реабилитации ребенка инвалида:

дата назначения: _____;

выполнение на момент диспансеризации: полностью, частично, начато, не выполнена (нужное подчеркнуть).

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

16.9. Проведение профилактических прививок:

привит по возрасту²; не привит по медицинским показаниям: полностью, частично; не привит по другим причинам: полностью, частично; нуждается в проведении вакцинации (ревакцинации) с указанием наименования прививки (нужное подчеркнуть): _____.

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

² В соответствии с национальным календарем профилактических прививок, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (в соответствии с письмом Министерства юстиции Российской Федерации от 17.02.2011 № 01/8577-ДК в государственной регистрации не нуждается).

16.11. Рекомендации по диспансерному наблюдению, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению с указанием диагноза (код по МКБ), вида медицинской организации и специальности (должности) врача: _____

17. Перечень и даты проведения осмотров врачами-специалистами:

18. Перечень, даты и результаты проведения исследований:

Врач _____ (подпись) _____ (фамилия и инициалы)

Руководитель
медицинской организации _____ (подпись) _____ (фамилия и инициалы)

Дата заполнения « _____ » _____ 20 _____ г.

М. П.

Примечание:

Все пункты Карты диспансеризации несовершеннолетнего (далее — карта) заполняются разборчиво, при отсутствии данных ставится прочерк. Исправления не допускаются. Карта подписывается врачом, ответственным за проведение диспансеризации, руководителем медицинской организации и заверяется печатью медицинской организации.

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 дательном 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.

наименование (штамп)
медицинской организации

МЕДИЦИНСКАЯ ВЫПИСКА
из истории развития ребенка (формы 112/у) № _____

Фамилия, Имя, Отчество: _____

Дата рождения: _____

Адрес регистрации: _____

Адрес фактического проживания: _____

Наименование образовательной организации: _____

Анамнестические сведения:

Наследственность, социальные условия семьи _____

Течение беременности (беременность ___ по счету, течение, осложнения): _____

Роды ___ по счету, срок _____, особенности родов: (самопроизвольные, оперативные, безводный период, обвитие пуповиной, асфиксия и т.д.) _____

Родился с массой _____, оценка по АПГАР _____ баллов, Диагноз в род.доме: _____

Развитие ребенка до 1 года (нервно-психическое развитие, когда начал сидеть, стоять, ходить, первые слова, перенесенные заболевания до 1 года, заключения специалистов, особенно невролога) _____

Перенесенные инфекционные заболевания (заболевание, дата) _____

Если ребенок осматривался фтизиатром – дата, заключение, может ли посещать детский коллектив, проводилось ли лечение _____

Перенесенные соматические заболевания (заболевание, дата) _____

Перенесенные травмы (в том числе ЧМТ) _____

Хирургические вмешательства _____

Аллергия (пищевая, медикаментозная, другая) _____

Данные последнего диспансерного осмотра
(в соответствии с Приказом МЗ РФ от 10.06.2017 № 514н)

Заключение невролога (дата, заключение) _____

Заключение хирурга (дата, заключение) _____

Заключение ЛОР (дата, заключение) _____

Заключение окулиста (дата, заключение) _____

Заключение стоматолога (дата, заключение) _____

Заключения других специалистов (если имеются) _____

Данные инструментальных исследований (рентгенография, ЭКГ, ЭхоКГ, МРТ и др. – дата, заключение)

Медицинское заключение о состоянии здоровья

Основной диагноз: _____

Сопутствующий диагноз: _____

Физическое развитие: ниже среднего, среднее, выше среднего _____

Гармоничность развития: гармоничное, дисгармоничное, резко дисгармоничное _____

Группа здоровья: I II III IV V

Физкультурная группа: основная, подготовительная, специальная.

Необходимые рекомендации, особые отметки _____

« ___ » _____ 20__ г. Врач-педиатр _____ М.П.