

**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-ИО/у (приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ИО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ИО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения».

На кандидатов на обучение, относящихся к категории детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, может предоставляться Карта диспансеризации несовершеннолетнего (приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 212н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы № 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030/о-Д/с, порядка ее заполнения».

3. Медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой (приложение № 4 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ИО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения».

4. Копию медицинской карты формы № 026-у-2000 из общеобразовательной организации, в которой обучается кандидат (утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.07.2020 № 241 «Об утверждении медицинской карты для образовательных учреждений»).

5. Выписку из амбулаторной карты кандидата (истории развития ребенка), с содержанием информации о профилактических прививках, 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. Справку из психоневрологического диспансера, подтверждающую, что кандидат не состоит на учете (наблюдении).

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

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

наименование (штамп)
медицинской организации

МЕДИЦИНСКАЯ ВЫПИСКА
из истории развития ребенка № _____

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)

Плано́вые прививки

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

Прививка против		Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Реакция
Туберкулез	Вакцинация 1. Ревакцинация 2. Ревакцинация					
Полиомиелита	Вакцинация	1-я прививка 2-я прививка 3-я прививка				
	1 ревакцинация					
	2 ревакцинация					
	3 ревакцинация					
	4 ревакцинация					
Дифтерии, коклюша, столбняка (АКДС)	Вакцинация	1-я прививка 2-я прививка 3-я прививка				
	1 ревакцинация					
Дифтерии, столбняка (АДС-М)	1 ревакцинация 2 ревакцинация					
Кори	Вакцинация					
	Ревакцинация					
Паротит	Вакцинация					
	Ревакцинация					
Краснуха	Вакцинация					
	Ревакцинация					
Гепатита	1-я прививка					
	2-я прививка					
	3-я прививка					

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.

Российской Федерации
от 14 апреля 2025 г. N 211н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя и адрес
осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)

Код формы по ОКУД
Медицинская
документация
Учетная форма N 030-
ПО/у
Утверждена приказом
Минздрава России
от " __ " _____ 202_ г.
N ____

КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

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

Пол: мужской/ женский

Дата рождения: _____

2. Полис обязательного медицинского страхования: N _____

Страховая медицинская организация: _____

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____

4. Адрес:

места жительства (постоянной регистрации): _____

фактического проживания (пребывания): _____

5. Категория: ребенок-сирота;

ребенок, оставшийся без попечения родителей;

ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации;

нет категории.

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.

12.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет включительно:

масса (кг) _____ ; рост (см) _____ ;

физическое развитие: нормальное, с нарушениями:

- дефицит массы тела
- избыток массы тела
- низкий рост
- высокий рост.

12.3. Для всех детей:

12.3.1. Индекс массы тела (ИМТ) _____ ;

12.3.2. SDS ИМТ _____ .

13. Оценка психического развития (состояния):

13.1. Для детей в возрасте 0 - 4 лет:

жалобы: _____ ;

познавательная функция (возраст развития) _____ ;

нарушение когнитивных функций нет/ да - _____ ;

нарушение учебных навыков нет/ да - _____ ;

моторная функция (возраст развития) _____ ;

эмоциональные нарушения нет/ да - _____ ;

предречевое развитие (гуление, лепет) да/ не активно/ нет; _____ ;

речевое развитие (возраст развития) _____ ;

понимание речи да/ частично/ нет;

активная речь да/ не пользуется/
 нет;

нарушение коммуникативных навыков нет/ да _____ ;

сенсорное развитие развито/ частично
 развито/ не развито.

13.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет:

жалобы: _____ ;

внешний вид опрятен/ не опрятен;

доступен к контакту да/ частично доступен/

- нет;
- фон настроения ровный/ лабильный/
 дисфоричный/
 тревожный;
- обманы восприятия да/ нет;
- интеллектуальная функция без особенностей/
 нарушена;
- нарушения когнитивных функций нет/ да _____ ;
- нарушение учебных навыков да/ нет;
- суицидальные наклонности да/ нет;
- самоповреждения есть/ нет;
- социальная сфера нарушена/ не нарушена.

14. Оценка полового развития (с 10 лет):

14.1. Половая формула мальчика: Ах _____ Р _____ G _____ Те _____ ;

14.2. Половая формула девочки: Р _____ Ах _____ Ма _____ Ме _____ ;

14.3. Характеристика менструальной функции:

menarhe (лет, месяцев) _____ ;

menses (характеристика):

- регулярные/
 нерегулярные,
- обильные/ умеренные/
 скудные
- болезненные/
 безболезненные.

15. Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического осмотра:

15.1. Практически здоров _____ Код по МКБ ^{<1} _____ > _____ .

15.2. Диагноз _____ Код по МКБ _____ .

15.2.1. Диспансерное наблюдение установлено:

да/ нет.

15.3. Диагноз _____ Код по МКБ _____ .

15.3.1. Диспансерное наблюдение установлено:

да/ нет.

15.4. Диагноз _____ Код по МКБ _____ .

15.4.1. Диспансерное наблюдение установлено:

да/ нет.

15.5. Диагноз _____ Код по МКБ _____ .

15.5.1. Диспансерное наблюдение установлено:

да/ нет.

15.6. Диагноз _____ Код по МКБ _____ .

15.6.1. Диспансерное наблюдение установлено:

да/ нет.

15.7. Группа здоровья: I II III IV V.

15.8. Медицинская группа для занятий физической культурой:

- основная группа;
- подготовительная группа;
- специальная группа:
 - подгруппа "А",
 - подгруппа "Б";
- не допущен.

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.

16.2.2. Диспансерное наблюдение:

установлено ранее установлено впервые не установлено.

16.2.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:

- нет/ да:
- в амбулаторных условиях;
 - в условиях дневного стационара;
 - в стационарных условиях.

16.2.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:

нет/ да: в амбулаторных

16.2.5. Лечение назначено: нет/ да:

в условиях дневного стационара;

в стационарных условиях.

в амбулаторных условиях;

в условиях дневного стационара;

в стационарных условиях.

16.2.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:

нет/ да:

в амбулаторных условиях;

в условиях дневного стационара;

в стационарных условиях.

16.3. Диагноз _____ Код по МКБ _____ :

16.3.1. Диагноз установлен впервые: да/ нет.

16.3.2. Диспансерное наблюдение:

установлено ранее;

установлено впервые;

не установлено.

16.3.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:

нет/ да:

в амбулаторных условиях;

в условиях дневного стационара;

в стационарных условиях.

16.3.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:

нет/ да:

в амбулаторных условиях;

в условиях дневного стационара;

в стационарных условиях.

16.3.5. Лечение назначено: нет/ да: в амбулаторных условиях;

- в условиях дневного стационара;
- в стационарных условиях.

16.3.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:

- нет/ да: в амбулаторных условиях;
- в условиях дневного стационара;
- в стационарных условиях.

16.4. Диагноз - Код по МКБ - .

16.4.1. Диагноз установлен впервые: да/ нет.

16.4.2. Диспансерное наблюдение:

установлено ранее установлено впервые не установлено.

16.4.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:

- нет/ да: в амбулаторных условиях;
- в условиях дневного стационара;
- в стационарных условиях.

16.4.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:

- нет/ да: в амбулаторных условиях;
- в условиях дневного стационара;
- в стационарных условиях.

16.4.5. Лечение назначено:

- нет/ да: в амбулаторных условиях;
- в условиях дневного стационара;
- в стационарных условиях.

16.4.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:

- нет/ да: в амбулаторных условиях;
- в условиях дневного

стационара;

в стационарных
условиях.

16.5. Диагноз _____ Код по МКБ _____ :

16.5.1. Диагноз установлен впервые: да/ нет.

16.5.2. Диспансерное наблюдение:

установлено ранее установлено впервые не установлено.

16.5.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:

нет/ да:

в амбулаторных
условиях;

в условиях дневного
стационара;

в стационарных
условиях.

16.5.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:

нет/ да:

в амбулаторных
условиях;

в условиях дневного
стационара;

в стационарных
условиях.

16.5.5. Лечение назначено: нет/ да:

в амбулаторных
условиях;

в условиях дневного
стационара;

в стационарных
условиях.

16.5.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:

нет/ да:

в амбулаторных
условиях;

в условиях дневного
стационара;

в стационарных
условиях.

16.6. Диагноз _____ Код по МКБ _____ :

16.6.1. Диагноз установлен впервые: да/ нет.

16.6.2. Диспансерное наблюдение:

установлено ранее установлено впервые не установлено.

16.6.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:

- нет/ да: в амбулаторных условиях;
 в условиях дневного стационара;
 в стационарных условиях.

16.6.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:

- нет/ да: в амбулаторных условиях;
 в условиях дневного стационара;
 в стационарных условиях.

16.6.5. Лечение назначено:

- нет/ да: в амбулаторных условиях;
 в условиях дневного стационара;
 в стационарных условиях.

16.6.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:

- нет/ да: в амбулаторных условиях;
 в условиях дневного стационара;
 в стационарных условиях.

16.7. Инвалидность:

- нет/ да: с рождения;
 приобретенная.

установлена впервые (дата) _____ ;

дата последнего освидетельствования _____ .

16.8. Группа здоровья: I II III IV V.

16.9. Медицинская группа для занятий физической культурой:

- основная группа;
 подготовительная группа;
 специальная группа:
 "А"/ "Б";

не допущен.

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, ответственный за проведение профилактического осмотра

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Дата заполнения " __ " _____ 20__ г.

М.П. (при наличии)

Приложение N 4
к Порядку прохождения несовершеннолетними
профилактических медицинских осмотров,
утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 14 апреля 2025 г. N 211н
Рекомендуемый образец

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО К
МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

(полное наименование медицинской организации)

Выдано

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего в дательном падеже, дата рождения)

о том, что он (она) к занятиям физической культурой

допущен (допущена):

без ограничений/

с ограничениями;

не допущен (не допущена):

Медицинская группа для занятий физической культурой (в соответствии с приложением N 3 к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних):

основная группа;

подготовительная группа;

специальная группа: подгруппа "А"/ подгруппа "Б".

(должность врача, выдавшего
заключение)

М.П. (при наличии)

Дата выдачи " _ " _____ 20__ г.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))