Приложение № 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Медицинская справка**  **о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Фамилия, имя, отчество ребенка | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Пол: муж., жен. | | | | | | | | | | | 3. Дата рождения | | | | | | | | | |  | |  | . | |  |  | | . | |  | |  |  |  |
| 4. Место регистрации: субъект Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| район | |  | | | | | | | город | | | |  | | | | | населенный пункт | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| улица | | |  | | | | дом |  | | | | | | | квартира | | | |  | | | | | тел. | | | |  | | | | | | | |
| 5. N школы | | | |  | | | | | | | класс | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Перенесенные детские инфекционные заболевания | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Проведенные профилактические прививки | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Состояние здоровья: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Диагноз заболевания | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265) | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265) | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265) | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | код по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265) | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Физическое развитие | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Медицинская группа для занятий физической культурой | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Нуждаемость в условиях доступной среды | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Добровольное информированное согласие родителей на введение иммуноглобулина противоклещевого при укусе клеща не привитым детям и на экстренную иммунопрофилактику. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Фамилия, инициалы и подпись врача | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| МП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| " |  | | " | |  | | | | | 20 | |  | | года | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |