

Наименование медицинской организации

**(штамп поликлиники)**

Адрес

## МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

на ребенка, отъезжающего в санаторный оздоровительный лагерь

1. Фамилия, имя, отчество ребенка \_\_\_\_\_

2. Пол 1. Мужской  2. Женский  3. Дата рождения

Страховой медицинский полис:

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. матери \_\_\_\_\_

5. № школы \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_

6. Перенесенные детские инфекционные заболевания (детские инфекции, аллергоанамнез, травмы, операции) \_\_\_\_\_

7. Проведенные профилактические прививки:

Против туберкулеза (БЦЖ)	V _____ серия _____ руб _____ мм.	RV _____ серия _____ руб _____ мм.
Против кори, паротита	V 1 _____ 0,5 серия _____	RV 2 _____ 0,5 серия _____
Против краснухи	V 1 _____ 0,5 серия _____	RV 2 _____ 0,5 серия _____
Против дифтерии, коклюша, столбняка (АКДС, АДС, АДСМ)	V 3 _____ 0,5 серия _____	RV 1 _____ 0,5 серия _____ RV 2 _____ 0,5 серия _____
Против полиомиелита	V 3 _____ 0,5 серия _____	RV 2 _____ 0,5 серия _____ RV 3 _____ 0,5 серия _____
Против гепатита В	V 3 _____ 0,5 серия _____	RV 1 _____ 0,5 серия _____ RV 2 _____ 0,5 серия _____
Против клещ. энцефалита	V 2 _____ 0,5 серия _____	
Реакция Манту	_____ 2 ТЕ сер _____ рез _____ _____ 2 ТЕ сер _____ рез _____	_____ 2 ТЕ сер _____ рез _____ _____ 2 ТЕ сер _____ рез _____

8. Состояние здоровья:

Диагноз: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Группа здоровья

**Данные о контакте с инфекционными больными по месту жительства, наличие или отсутствие кожных заболеваний, осмотр на педикулез:**

**(печать врача)**

9. Физическое развитие: \_\_\_\_\_

10. Физкультурная группа: \_\_\_\_\_

11. Рекомендуемый режим \_\_\_\_\_

12. Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника: \_\_\_\_\_

М.П. **(печать врача)**

“ ” 20 \_\_\_\_\_ года

**Заполняется врачом санаторного оздоровительного лагеря**

13. Состояние здоровья во время пребывания в санаторном оздоровительном лагере:

14. Перенесенные заболевания

15. Контакт с инфекционными больными

**Эффективность оздоровления в санаторном оздоровительном лагере**

16. Общее состояние в динамике

17. Масса тела: при поступлении \_\_\_\_\_ при отъезде \_\_\_\_\_

18. Динамометрия

19. Спирометрия

20. Фамилия, инициалы и подпись врача санаторного оздоровительного лагеря

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Справка подлежит возврату в детскую поликлинику.  
**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ  
НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_  
ФИО законного представителя

Мать (отец) ребенка \_\_\_\_\_  
ФИО ребенка

В соответствии со статьей 20 Федерального закона 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" информирован(а) о состоянии моего ребенка, необходимости обследования и лечения.

**Я даю добровольное согласие на проведение моему ребенку в случае необходимости следующих диагностических процедур и манипуляций:**

осмотр врача (педиатра, дежурного, узких специалистов и т.д.)	ДА / НЕТ
<b>Я даю добровольное согласие на проведение моему ребенку в случае необходимости следующих лечебных процедур и манипуляций:</b>	
пероральный прием лекарственных препаратов	ДА / НЕТ
парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т.д.)	ДА / НЕТ
зондовое промывание желудка, очистительные и сифонные клизмы и т.д.	ДА / НЕТ
наложение повязок различного рода	ДА / НЕТ

**Я даю добровольное согласие на проведение моему ребенку в случае необходимости оперативного вмешательства при условии дополнительного информирования об этом.**

В случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции) непредвиденных осложнений, угрожающих здоровью моего ребенка, даю согласие на изменение характера лечения (в том числе объема оперативного вмешательства), включая отказ от его выполнения, с последующим информированием об этом.

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

Я могу отказаться от пребывания моего ребенка в дневном стационаре поликлиники или стационара на дому, обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для излечения моего ребенка, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я понимаю, что мне не может быть дана точная информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, однако мне гарантируется, что это лицо имеет соответствующую квалификацию и опыт.

Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у моего ребенка известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у него в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья моего ребенка может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

Я, нижеподписавшийся (ФИО) ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и даю настоящее \_\_\_\_\_  
согласие / несогласие

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Подпись \_\_\_\_\_