|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «*наименование медицинской организации*» | СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА | Номер:  |
| Лист 1 Всего 24  |
| НАЗВАНИЕ: Проведение профилактических осмотров несовершеннолетних в образовательных организациях  | ОТДЕЛЕНИЯ: оказания медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях |
| ДЕЙСТВУЕТ С:  | ЗАМЕНЯЕТ:Вводится впервые | ПРИЧИНЫ ПЕРЕСМОТРА: | ДАТА СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕСМОТРА: |
| СОСТАВИЛ: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. | УТВЕРДИЛ: Главный врач ГАУЗ СО «*Наименование медицинской организации»*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-Ф.И.О«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г |
| Цель: внедрение алгоритмов организации профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних обучающихся и воспитанников образовательных организациях, заполнение учетно-отчетной документации; направление на консультацию в медицинскую организацию посредством МИС МО, и организация внесения сведений о профилактическом осмотре в ЭМК МИС МО.Область примененияГде: дошкольные учрежденияКогда: 1 раз в годОтветственность: специалисты, имеющие диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «сестринское дело», «сестринское дело в педиатрии», врач (фельдшер) дошкольного отделения, заведующий дошкольным отделением.Основная часть СОП Нормативные ссылки:1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52\_ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
4. Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
5. Приказ Минздрава России от 05.11.2013 №822н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»;
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16.04.2012 №366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»;
7. Приказ Минздрава российской Федерации от 16 мая 2019 г. N 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»;
8. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от информированного медицинского вмешательства в образовательных учреждениях»
10. Приказ Министерства России от 03.07.2000 №241 «Об утверждении медицинской карты ребенка для образовательных учреждений».
11. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2020 № 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи»;

  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Действие | Дополнительные действия | Точки контроля (К) |
| 1 этап – подготовка к проведению профилактического осмотра |
| 1 | Составление списков детей, подлежащих медицинскому осмотру (в начале календарного года) |  | К- список детей подлежащих ПО |
| 2 | Составление совместно с заведующим ОМПО плана проведения профилактического медицинского осмотра в медицинской организации |  | К – план график прохождения ПО детей по возрастам |
|  |  |  |  |
| 3 | Получение информированного добровольного согласия родителей (иных законных представителей) на проведение профилактического медицинского осмотра, перед проведением профилактического осмотра (Приложение 2 – 9)Получение согласия на обработку персональных данных (Приложение 1) | Санпросвет работа с родителями, отказавшимися от прохождения проф.осмотра | К – наличие согласия/отказа от профилактического осмотра по возрастамПриложение 1Приложение со 2.по 9 |
| 4 | Подготовка медицинской документации детей для профилактического осмотра (ф.030-ПО/у-17, ф. 026у – 2000, лист профилактического осмотра). |  | К –наличие ф.030-ПО/у-17 Приложение 10 |
| 2 этап – проведение профилактического осмотра несовершеннолетних |
| 5 | Проведение доврачебного этапа в соответствии со стандартом профилактических медицинских осмотров:-антропометрия, измерение АД, ЧД, ЧСС и др.-оформление медицинской документации (направления на лабораторные исследования, ЭКГ, УЗИ). | Возможно с применением переносного комплекса АКДО, АРМИС | К – запись данных в ф.026у-2000, внесение данных в ЭМК МИС МОФ026/у-2000Приложение 11 |
| 6 | Врачебный этап в соответствии со стандартом профилактических медицинских осмотров.Подготовка рабочих мест специалистов для осмотра детей (если осмотр проводится в образовательной организации). | - по графику в детской поликлинике- возможно выездной бригадой специалистов на базе ОО, лабораторные и инструментальные обследования в поликлинике. | К- график осмотра размещается на информационном стенде в группах. |
| 3 этап – заполнение медицинской документации и учетно-отчетных документов. |
| 7 | Заполнение медицинской документации по результатам профилактических осмотров и дополнительных обследований. Заполнение медицинских карт (ф.030-ПО/у-17, 026/у-2000, лист проф. осмотра) |  | К – внесение данных ПО в ЭМК МИС МО |
| 8 | Предоставление родителям (законным представителям) несовершеннолетнего результатов профилактических осмотров.Передача документов в поликлинику по месту жительства. |  | К – лист проф,осмотра, данные лабораторного и инструментального обследования.Листпрофилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего форма 11 |
| 9 | Заполнение по результатам профилактического медицинского осмотра:- направлений на дообследование (Приложение 12)- листа здоровья (1 раз в год), (Приложение 13)- диспансерного журнала (Приложение 14) |  | К-заполняется на каждую группу, с указанием группы по физкультуре. Приложение 12Приложение 13Приложение 14 |
| 10 | Оценка функциональной готовности к школе (дети подготовительной группы детского сада) |  | К – запись о готовности к обучению в ф. 026/у-2000 |
| 11 | Подготовка предложений в план профилактических мероприятий образовательной организации по результатам профилактических медицинских осмотров | См. СОП «Гигиеническое воспитание и обучение» | К – внесение соответствующих мероприятий в план ОО |
| 12 | Подготовка отчетов для передачи в ОМПО.- Отчет о профилактических осмотрах (1 раз в месяц) (Приложение 15)- Отчет о патологической пораженности 1 раз в год. (Приложение 16)- Отчет о структуре выявленной патологии 1 раз в год (Приложение 17 или 18) |  | К – наличие отчетных форм.Приложение 15Приложение 16Приложение 17 и/ или Приложение 18 |

Приложение №1

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ ПАЦИЕНТЕ

**Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являясь законным представителем ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_отношение к ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю согласие на передачу персонифицированных сведений о несовершеннолетнем пациенте: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, дата рождения)

Я предупрежден (а) о том, что администрацией больницы данные персонифицированные сведения могут быть переданы в страховые организации, иные медицинские учреждения, государственные, муниципальные, правоохранительные, административные, надзорные, финансовые, контрольные органы в устной, документальной, электронной форме в соответствии с № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных»

Настоящее информированное согласие является бессрочным.

Данное информированное согласие написано добровольно, собственноручно.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20­­\_\_\_\_\_ г.

Подпись законного представителя ФИО, подпись медицинского работника

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

Приложение 2

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*наименование образовательной или медицинской организации)*

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия родителей, законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

Перечень исследований

 возраст 15, 16, 17 лет

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Вид исследования |
| 1. | педиатр |
| 2. | невролог |
| 3. | детский хирург |
| 4. | травматолог-ортопед |
| 5. | офтальмолог |
| 6. | детский стоматолог |
| 7. | оториноларинголог |
| 8. | психиатр детский |
| 9. | акушер-гинеколог (девочки) |
| 10. | детский уролог-андролог (мальчики) |
| 11. | лабораторное и / или инструментальное обследование |

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являясь законным представителем несовершеннолетнего
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в соответствии с требованиями

ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

* получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
* ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Подпись Подпись медработника

законного представителя ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Приложение 3

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*наименование образовательной или медицинской организации)*

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия родителей, законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

Перечень исследований

 возраст 14 лет

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Вид исследования |
| 1. | педиатр |
| 2. | детский стоматолог |
| 3. | психиатр детский |
| 4. | акушер-гинеколог (девочки) |
| 5. | детский уролог-андролог (мальчики) |

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являясь законным представителем несовершеннолетнего
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в соответствии с требованиями

ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

* получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
* ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Подпись Подпись медработника

законного представителя ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Приложение 4

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., дата рождения, адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*наименование образовательной или медицинской организации)*

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия подростка, родителей или законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается)

Перечень исследований возраст 13 лет

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Вид исследования |
| 1. | педиатр |
| 2. | детский стоматолог |
| 3. | офтальмолог |

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являясь законным представителем несовершеннолетнего
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в соответствии с требованиями

ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

* получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
* ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Подпись Подпись медработника

законного представителя ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Приложение 5

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*наименование образовательной или медицинской организации)*

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия родителей, законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

Перечень исследований

 возраст 10 лет

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Вид исследования |
| 1. | педиатр |
| 2. | невролог |
| 3. | эндокринолог |
| 4. | травматолог-ортопед |
| 5. | офтальмолог |
| 6. | детский стоматолог |
| 7. | лабораторное и / или инструментальное обследование |

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являясь законным представителем несовершеннолетнего
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в соответствии с требованиями

ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

* получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
* ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Подпись Подпись медработника

законного представителя ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Приложение 6

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., дата рождения, адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*наименование образовательной или медицинской организации)*

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия подростка, родителей или законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается)

Перечень исследований возраст 7 лет

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Вид исследования |
| 1. | педиатр |
| 2. | детский стоматолог |
| 3. | невролог |
| 4. | офтальмолог |
| 5. | лор |
| 6. | лабораторное обследование |

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являясь законным представителем несовершеннолетнего
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в соответствии с требованиями

ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

* получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
* ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Подпись Подпись медработника

законного представителя ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Приложение 7

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*наименование образовательной или медицинской организации)*

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия родителей, законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

Перечень исследований

 возраст 6 лет

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Вид исследования |
| 1. | педиатр |
| 2. | невролог |
| 3. | детский хирург |
| 4. | травматолог-ортопед |
| 5. | офтальмолог |
| 6. | детский стоматолог |
| 7. | оториноларинголог |
| 8. | психиатр детский |
| 9. | акушер-гинеколог (девочки) |
| 10. | детский уролог-андролог (мальчики) |
| 11. | лабораторное и / или инструментальное обследование |

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являясь законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями

ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

* получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
* ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента при возникновении потребности, может отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Подпись Подпись медработника\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

законного представителя ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Приложение 8

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ф.и.о. дата рождения, адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*наименование образовательной или медицинской организации)*

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия родителей, законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

Перечень исследований

 Возраст 4, 5, 8, 9, 11, 12 лет

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Вид исследования |
| 1. | педиатр |
| 2. | детский стоматолог |

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являясь законным представителем несовершеннолетнего
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в соответствии с требованиями

ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

* получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
* ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента при возникновении потребности, может отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Подпись Подпись

законного представителя ребенка медицинского работника

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Приложение 9

Уважаемые родители (законные представители)

Ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе, при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в Свердловской области» Ваш ребенок может пройти профилактический осмотр в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*наименование образовательной или медицинской организации)*

Прохождение профилактического осмотра несовершеннолетнего

(только с письменного согласия подростка, родителей или законных представителей ребенка)

В рамках профилактического осмотра проводится осмотр специалистов, инструментальное и лабораторное обследование (перечень прилагается).

Перечень исследований

 возраст 3 года

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Вид исследования |
| 1. | педиатр |
| 2. | детский хирург |
| 3. | стоматолог |
| 4. | акушер-гинеколог (девочки) |
| 5. | уролог-андролог (мальчики) |
| 6. | невролог |
| 7. | офтальмолог |
| 8. | лор |
| 9. | лабораторное обследование  |

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являясь законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями

ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на:

* получение медицинской помощи – комплекса медицинских вмешательств, различных медицинских обследований: функциональных, лучевых, инструментальных, лабораторных, осмотров и консультаций врачом педиатром и врачами узкими специалистами в рамках профилактического осмотра
* ознакомление с информацией о состоянии здоровья и диагнозами несовершеннолетнего, в отношении которого я являюсь законным представителем, полученными в ходе профилактического осмотра

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие, отказ (нужное подчеркнуть) на получение вышеуказанного комплекса медицинской помощи

Действие данного добровольного информированного согласия с момента его подписания - один календарный год.

Законный представитель пациента или подросток при возникновении потребности, могут отозвать данное добровольное информированное согласие путём подачи письменного заявления в любой момент до истечения срока действия добровольного информированного согласия

Данное информированное согласие подписано добровольно, собственноручно

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Подпись законного представителя Подпись медработника

ребенка

 (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Приложение № 10

(Приложение N 3

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 10 августа 2017 г. N 514н)

КАРТА

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

(ненужное зачеркнуть)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 3. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 4. Полис обязательного медицинского страхования: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Страховая медицинская организация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 5. Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 6. Полное наименование медицинской организации, выбранной

несовершеннолетним для получения первичной медико-санитарной помощи: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 7. Юридический адрес медицинской организации, выбранной

несовершеннолетним для получения первичной медико-санитарной помощи: \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 8. Полное наименование образовательного учреждения, в котором

обучается (будет обучаться) несовершеннолетний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 9. Юридический адрес образовательного учреждения, в котором обучается

(будет обучаться) ребенок: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 10. Дата начала медицинского осмотра: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 11. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (полное наименование и юридический адрес

 медицинской организации, проводившей медицинский осмотр)

12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент медицинского осмотра: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (число дней) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (месяцев) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет.

12.1. Для детей 0 - 4 лет: масса (кг) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; рост (см) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; окружность головы (см) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужное подчеркнуть).

12.2. Для детей 5 - 17 лет включительно: масса (кг) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; рост (см) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужное подчеркнуть).

13. Оценка психического развития (состояния):

13.1. Для детей 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 5 - 17 лет:

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

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

13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, отклонение) (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: menarhe (лет, месяцев) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, умеренные, скудные, болезненные и

безболезненные (нужное подчеркнуть).

15. Состояние здоровья до проведения настоящего медицинского осмотра:

15.1. Практически здоров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ [<\*>](#Par765)).

15.2. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

15.2.1. Диспансерное наблюдение: состоял ранее, взят впервые, не подлежал (нужное подчеркнуть).

15.2.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.2.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.2.4. Медицинская реабилитация была назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.2.5. Медицинская реабилитация была выполнена: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.2.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

15.3. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

15.3.1. Диспансерное наблюдение: состоял ранее, взят впервые, не подлежал (нужное подчеркнуть).

15.3.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.3.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.3.4. Медицинская реабилитация была назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.3.5. Медицинская реабилитация была выполнена: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.3.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

15.4. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

15.4.1. Диспансерное наблюдение: состоял ранее, взят впервые, не подлежал (нужное подчеркнуть).

15.4.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.4.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.4.4. Медицинская реабилитация была назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.4.5. Медицинская реабилитация была выполнена: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.4.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

15.5. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

15.5.1. Диспансерное наблюдение: состоял ранее, взят впервые, не подлежал (нужноеподчеркнуть).

15.5.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.5.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.5.4. Медицинская реабилитация была назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.5.5. Медицинская реабилитация была выполнена: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, 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: состоял ранее, взят впервые, не подлежал (нужное подчеркнуть).

15.6.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.4. Медицинская реабилитация была назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.5. Медицинская реабилитация была выполнена: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, 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).

15.7. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

15.7.1. Диспансерное наблюдение: состоял ранее, взят впервые, не подлежал (нужное подчеркнуть).

15.7.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.7.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.7.4. Медицинская реабилитация была назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.7.5. Медицинская реабилитация была выполнена: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.7.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

15.8. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

15.8.1. Диспансерное наблюдение: состоял ранее, взят впервые, не подлежал (нужное подчеркнуть).

15.8.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.8.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.8.4. Медицинская реабилитация была назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.8.5. Медицинская реабилитация была выполнена: в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.8.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

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

16. Состояние здоровья по результатам проведения настоящего медицинского осмотра:

16.1. Практически здоров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ).

16.2. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

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

16.2.2. Диспансерное наблюдение: состоит, взят впервые, не подлежит (нужное подчеркнуть).

16.2.3. Дополнительные консультации и обследования были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.2.4. Дополнительные консультации и обследования были выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.2.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.2.6. Медицинская реабилитация назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

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

16.3. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

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

16.3.2. Диспансерное наблюдение: состоит, взят впервые, не подлежит (нужное подчеркнуть).

16.3.3. Дополнительные консультации и обследования были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.3.4. Дополнительные консультации и обследования были выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.3.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.3.6. Медицинская реабилитация назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

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

16.4. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

16.4.1. Диагноз выявлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.4.2. Диспансерное наблюдение: состоит, взят впервые, не подлежит (нужное подчеркнуть).

16.4.3. Дополнительные консультации и обследования были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.4.4. Дополнительные консультации и обследования были выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных,федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.4.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.4.6. Медицинская реабилитация назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

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

16.5. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

16.5.1. Диагноз выявлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.5.2. Диспансерное наблюдение: состоит, взят впервые, не подлежит (нужное подчеркнуть).

16.5.3. Дополнительные консультации и обследования были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.5.4. Дополнительные консультации и обследования были выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.5.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.5.6. Медицинская реабилитация назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

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

16.6. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

16.6.1. Диагноз выявлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.6.2. Диспансерное наблюдение: состоит, взят впервые, не подлежит (нужное подчеркнуть).

16.6.3. Дополнительные консультации и обследования были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.6.4. Дополнительные консультации и обследования были выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.6.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.6.6. Медицинская реабилитация назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

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

16.7. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

16.7.1. Диагноз выявлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.7.2. Диспансерное наблюдение: состоит, взят впервые, не подлежит (нужное подчеркнуть).

16.7.3. Дополнительные консультации и обследования были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.7.4. Дополнительные консультации и обследования были выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.7.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.7.6. Медицинская реабилитация назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

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

16.8. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (код по МКБ):

16.8.1. Диагноз выявлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.8.2. Диспансерное наблюдение: состоит, взят впервые, не подлежит (нужное подчеркнуть).

16.8.3. Дополнительные консультации и обследования были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.8.4. Дополнительные консультации и обследования были выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.8.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.8.6. Медицинская реабилитация назначена: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях; в стационарных условиях - в муниципальных, государственных, федеральных, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

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

16.9. Инвалидность: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да":

с рождения, приобретенная (нужное подчеркнуть); установлена впервые (дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; дата последнего освидетельствования \_

6.9.1. Заболевания, обусловившие возникновение инвалидности:

(некоторые инфекционные и паразитарные, из них: туберкулез, сифилис, ВИЧ; новообразования; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, в том числе СПИД; 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 паралитические 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)

16.9.2. 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).

16.9.3. Индивидуальная программа реабилитации ребенка инвалида:

дата назначения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

выполнение на момент настоящего медицинского осмотра: полностью, частично, начато, не выполнена (нужное подчеркнуть).

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

16.11. Проведение профилактических прививок (нужное подчеркнуть):

привит по возрасту; не привит по медицинским показаниям: полностью, частично; не привит по другим причинам: полностью, частично; нуждается в проведении вакцинации/ревакцинации: БЦЖ - V, R1, R2; полиомиелит - V1, V2, V3, R1, R2, R3; АКДС - V1, V2, V3; АДСМ; АДМ; Корь - V; R; эпидемический паротит - V; R; краснуха - V; R; гепатит B - V1, V2, V3.

16.12. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16.13. Рекомендации по диспансерному наблюдению, лечению и медицинской реабилитации с указанием даты, времени и места их проведения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Перечень и даты проведения осмотров врачей-специалистов:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

Примечание:

1. Все пункты карты осмотра заполняются разборчиво, при отсутствии данных ставится прочерк. Исправления не допускаются. Карта осмотра подписывается врачом, ответственным за проведение медицинских осмотров, руководителем медицинской организации и заверяется печатью медицинской организации.

2. Карта осмотра заполняется в двух экземплярах, один из которых передается несовершеннолетнему (его законному представителю), второй остается в медицинской организации.

Приложение 11

|  |  |
| --- | --- |
|  | *После заполнения передается в территориальную поликлинику вместе с**оригиналами бланков проведенных**исследований* |

ЛИСТ

 профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. |  |
| Дата рождения (возраст) |  |
| СОШ №/ МДОУ№ |  |
| Место жительства фактическое  |  |
| Диспансерный учет | Состоит Диагноз МКБНе состоит |
| Инвалидность  | Установлена до проведения профосмотра да, нет Код МКБ: |
| Осмотрдетского хирурга | Жалобы:Диагноз: в дополнительном обследовании и/ или лечении:нуждается /не нуждается |  |
| подпись |
| Осмотр травматолога- ортопеда | Жалобы:Диагноз:в дополнительном обследовании и/ или лечении:нуждается /не нуждается |  |
| подпись |
| Осмотр стоматолога | Жалобы Диагноз:в дополнительном обследовании и/ или лечении:нуждается /не нуждается |  |
| подпись |
| Осмотруролога-андролога | Жалобы:P Ax FaДиагноз:в дополнительном обследовании и/ или лечении:нуждается /не нуждается |  |
| подпись |
| Осмотр эндокринолога | Половая формула - девочка: P Ax Ma Me - мальчик: P Ax FaЖалобы:Диагноз:в дополнительном обследовании и/ или лечении:нуждается /не нуждается |  |
| подпись |
| Осмотр офтальмолога | Жалобы:Диагноз:в дополнительном обследовании и лечении:нуждается /не нуждается |  |
| подпись |
| Осмотротоларинголога | Жалобы: Диагноз:в дополнительном обследовании и лечении:нуждается /не нуждается |  |
| подпись |
| Осмотр акушера-гинеколога | Ax P Ma MeЖалобы:Диагноз:в дополнительном обследовании и лечении:нуждается /не нуждается |  |
| подпись |
| Результаты | Выявлено заболеванийИз них впервые |
| Осмотр педиатра | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЧСС\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уд. в мин ЧД \_\_\_\_\_\_\_в мин.АД\_\_\_\_\_\_\_мм.рт.стРост\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_см, вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кг, окр.грудной клетки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_смФизическое развитие по уровню биологической зрелостисоответствует паспортному возрасту, отстает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, опережает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Морфофункциональный статус: гармоничный, дисгармоничный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, резко дисгармоничный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Состояние\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кожный покров\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Зев\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, миндалины\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дыхание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сердечные тоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Живот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Стул\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Проведение профилактических прививок: привит по возрасту,

не привит по медицинским показаниям: частично, полностью;

не привит по другим причинам: полностью, частично;

нуждается в проведении вакцинации

Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Шифр МКБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Медицинская группа для занятий физкультурой: I, II, III, IV, не допущен (нужное подчеркнуть)

Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации по проведению диспансерного наблюдения, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению (включая диагноз заболевания (состояния) и код МКБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

направлен к (указать к какому специалисту)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия и инициалы)

Заведующая (ий) подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия и инициалы)

Дата заполнения «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_г. М.П.

Приложение 12

НАПРАВЛЕНИЕ к участковому педиатру

по итогам профилактического медицинского осмотра

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учреждение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заболевания, выявленные впервые по итогам профилактического осмотра:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выявлено специалистом (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель направления: проведение II этапа профилактического медицинского осмотра

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 13

ЛИСТ ЗДОРОВЬЯ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | ОСЕНЬ | ВЕСНА | Группа здоровья | Группа физического развития | Группа по физкультуре | Рекомендации |
| Вес | Рост | Вес | Рост |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 14

ДИСПАНСЕРНЫЙ ЖУРНАЛ

*Наименование медицинской организации*

*д/с(СОШ) №\_\_\_\_*

Новообразования

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Заболевания сердечно-сосудистой системы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Болезни органов дыхания

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Болезни органов пищеварения

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Болезни мочеполовой системы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Болезни кожи и подкожной клетчатки

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Нарушения речи

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Болезни глаза и его придаточного аппарата

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Болезни уха и сосцевидного отростка

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Эндокринные заболевания

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Врожденные аномалии развития

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Инфекционные и паразитарные инфекции

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

 Болезни крови и кроветворных органов

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Психические расстройства и расстройства поведения

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Болезни нервной системы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Болезни костно-мышечной системы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО ребенка | Д/рождения | Дата постановки на учет | Дата снятия с учета | Диагноз |
|  |  |  |  |  |  |

Приложение 15

Форма

О предоставления оперативной (ежемесячной) информации о завершенных случаях профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Подразделение  | ПЛАНпрофилактическихосмотров вотчетном месяце | ФАКТпрофилактическихосмотров вотчетном месяце(12 код) | Кол-во завершенных случаев профилактических медицинских осмотров, переданных на оплату(реестр) | Кол-во завершенных случаев профилактических медицинских осмотров, заведенных в электронную базу данных (сайт МЗ РФ) |
| 1. | ДДО |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Приложение 16Патологическая пораженность детей ДО 20\_\_\_ г. |
| № п/п | Наименование | Всего выявлено детей с данным заболеванием | В т.ч. с диагнозом впервые установленным в жизни | Состоит на диспансерном учете |
| 1 | Среднесписочное количество детей |   |
| 2 | Всего заболеваний |   |   |   |
| 3 | Инфекционные и паразитарные болезни (всего) |   |   |   |
|  | из них гельминтозы |   |   |   |
|  | реконвалесценты гепатита |   |   |   |
| 4 | Новообразования (всего) |   |   |   |
|  | из них злокачественные |   |   |   |
| 5 | Болезни крови и кроветворных органов |   |   |   |
|  | из них анемии |   |   |   |
| 6 | Болезни эндокринной системы |   |   |   |
|  | из них болезни щитовидной железы |   |   |   |
|  | сахарный диабет |   |   |   |
|  | ожирение |   |   |   |
| 7 | Психические расстройства и расстройства поведения |   |   |   |
|  | их них умственная отсталость |   |   |   |
|  | эмоциональные расстройства ( тики, энурез, заикание и пр.)  |   |   |   |
|  | невротические расстройства, связанные со стрессом (неврастения и пр.) |   |   |   |
| 8 | Болезни нервной системы |   |   |   |
|  | из них вегето-сосудистая дистония |   |   |   |
| 9 | Болезни глаза и его придаточного аппарата |   |   |   |
|  | из них близорукость (миопия) |   |   |   |
| 10 | Болезни уха и сосцевидного отростка |   |   |   |
|  | из них хронический отит |   |   |   |
| 11 | Болезни системы кровообращения  |   |   |   |
|  | из них первичная гипертензия |   |   |   |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | от 8 до 14 лет включительно | от 15 до 17 лет включительно | Итого |
| Школьное отделение |   |  Всего | в т.ч. мальчики |  Всего | в т.ч. мальчики |  Всего | в т.ч. мальчики |
|   |   | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Число детей, прошедших профилактические осмотры |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Выявлено ВСЕГО ЗАБОЛЕВАНИЙ, из них  | A00 - T98 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Болезни эндокринной системы  | E00 - E90 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| недостаточность питания | E40 - E46 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ожирение  | E66 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| задержка полового развития  | E30.0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| преждевременное половое развитие | E30.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Болезни глаза и его придаточного аппарата, из них: | H00 - H59 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| нарушения рефракции и аккомодации | Н52 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| миопия | Н52.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Болезни системы кровообращения  | I00 - I99 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Болезни органов пищеварения | K00 - K93 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, из них:  | M00 - M99 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| кифоз, лордоз, сколиоз  | M40 - M41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| сколиоз | М41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Распределение детей по уровню физического развития |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Нормальное физическое развитие |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Нарушения физического развития, из них |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| дефицит массы тела |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| избыток массы тела |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| низкий рост |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| высокий рост |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Распределение детей по группам состояния здоровья |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Детей 1 группы здоровья |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Детей 2 группы здоровья |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Детей 3 группы здоровья |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Детей 4 группы здоровья |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Детей 5 группы здоровья |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Распределение детей по медицинским группам для занятий физической культурой |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| не допущен |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 17

**Приложение 18**

Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО сотрудника | Подпись | Дата |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |