Приложение № 17
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н (в ред. Приказа
Минздрава России от 18.04.2024 № 190н)

Наименование медицинской организации
_____

Адрес
_____

Код формы по ОКУД 1
Код организации по ОКПО 89892072

Медицинская документация
Учетная форма № 079/у
утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

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. № школы _____ класс _____

6. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания, операции, травмы _____
_____

7. Проведенные профилактические прививки и результаты обследований в целях выявления туберкулеза _____
_____

8. Состояние здоровья:
Диагноз заболевания _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

8(1). Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия), аллергические реакции: _____

9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) _____
_____

10. Рост _____, масса тела _____(дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужное подчеркнуть)

11. Группа здоровья _____

11(1). 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 _____

14(1). Осмотр на педикулез и чесотку _____

14(2). Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз) _____

15. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления
_____

16. Фамилия, инициалы и подпись врача _____
_____

М.П.

«____» _____ 20____ года