|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения Российской Федерации  наименование учреждения | Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация  Форма № 159/у-02  утверждена Минздравом России  **20.02.2002 № 58** |

# МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

# Участника интенсивного курса по хореографическим дисциплинам

Дата прибытия « » 2024 год

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения « \_» г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место учебы Класс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства (индекс, почтовый адрес, телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховой полис обязательного медицинского страхования серия

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование страховой компании

Мать\*

фамилия, имя, отчество

место работы, телефон

Отец\* \_

фамилия, имя, отчество

место работы, телефон

\*Лица их заменяющие

# СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ РЕБЕНКА

Анамнез (данные о развитии ребенка, травмах, перенесенных заболеваниях, в том числе инфекционных, аллергоанамнез)

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

Состоит на диспансерном учете (диагноз, с какого времени, дата последнего обострения)

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

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

# ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Общий анализ мочи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общий анализ крови

Дата Анализ кала на яйца гельминтов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПЦР тест COVID-19 или экспресс тест, срок действия 48 часов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ДАННЫЕ О ПРОВЕДЕНИИ ПРИВИВОК

Против туберкулеза в том числе реакция Манту Против полиомиелита Против коклюша, дифтерии столбняка (АКДС) Против дифтерии, столбняка (АДС) Против дифтерии, столбняка (АДС-М) Против дифтерии (АД-М) Против кори, эпидемического паротита, краснухи (ММR или моновакцины)

Против гепатита В

По эпидемиологическим показаниям

ДСТ, срок не более 12 месяцев\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

Физическое развитие Нервно-психическое развитие Группа здоровья 1 2 3 (нужное обвести кружком)

Медицинская группа для занятий физической культурой *основная, подготовительная, специальная* (нужное подчеркнуть)

Режим: общий, щадящий (нужное подчеркнуть)

Диагноз основной

Сопутствующие заболевания

# ВРАЧЕБНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дата заполнения Врач (Ф.И.О.)

М.П. Главный врач ( Ф.И.О.)

# ПОРЯДОК

медицинского отбора и направления участников

1. Медицинская карта (форма № 159/у-02) заполняется участковым врачом-педиатром с комплексной оценкой состояния здоровья участника не ранее, чем за 10 дней до начала **интенсивного курса по хореографическим дисциплинам.**
2. Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными в школе (классе) и по месту жительства выдается амбулаторно-поликлиническим учреждением за 3 дня до отъезда. Справка прилагается к медицинской карте.
3. Участники должны быть привиты по возрасту и с учетом эпидемиологической ситуации на территории.
4. Осмотр стоматолога. Санация полости рта обязательна. Справка прилагается к медицинской карте.

**5**. Участники, не имеющие перечисленных медицинских документов или имеющие противопоказания по состоянию здоровья, возвращаются обратно с сопровождающим лицом за счет направляющей организации. Сведения о неправильном отборе детей направляются в территориальные органы здравоохранения.