

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Наименование медицинской  
организации

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

Адрес

Медицинская документация  
Форма № 079/у  
Утверждена приказом Минздрава  
России от 15.12.2014 г. № 834н

## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ в ФГБОУ «МДЦ «Артек»

1. Соматические заболевания в острой и подострой стадии, хронические заболевания в стадии обострения, в стадии декомпенсации.
2. Инфекционные и паразитарные болезни, в том числе с поражением глаз и кожи, инфестации (педикулез, чесотка) - в период до окончания срока изоляции.
3. Установленный диагноз «бактерионосительство возбудителей кишечных инфекций, дифтерии».
4. Активный туберкулез любой локализации.
5. Наличие контакта с инфекционными больными в течение 21 календарного дня перед заездом.
6. Отсутствие профилактических прививок в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий.
7. Злокачественные новообразования, требующие лечения, в том числе проведения химиотерапии.
8. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению.
9. Эпилепсия с медикаментозной ремиссией менее 1 года (за исключением образовательных организаций, осуществляющих организацию отдыха и оздоровления обучающихся в каникулярное время с дневным пребыванием).
10. Кахексия.
11. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ, а также иные психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения и (или) представляющие опасность для больного и окружающих.
12. Сахарный диабет.



## МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

о состоянии здоровья ребенка, выезжающего в ФГБОУ «МДЦ «Артек»

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Пол: муж., жен. 3. Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.
4. Место регистрации: субъект РФ \_\_\_\_\_  
Район \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Населённый пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_
5. Номер школы \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_  
Мать\* \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя отчество, место работы, телефон)  
Отец\* \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя отчество, место работы, телефон)

\* - лица, их заменяющие

6. Перенесённые детские заболевания, в т.ч. аллергоанамнез \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Проведённые профилактические прививки\*:  
Против туберкулеза \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Против полиомиелита \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Против коклюша, дифтерии, столбняка (АКДС, АДС, АДС-М, АД-М) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Против кори, эпид. паротита, краснухи \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Против гепатита В \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Против клещевого энцефалита \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Против ветряной оспы \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Против гриппа \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
По эпидемическим показаниям \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Реакция Манту \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\*заполняются последние ревакцинации

8. Состояние здоровья:  
Диагноз заболевания: \_\_\_\_\_ Код МКБ-10 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Код МКБ-10 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Код МКБ-10 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ДАННЫЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА НА БАЗЕ-ГОСТИНИЦЕ ФГБОУ «МДЦ «АРТЕК»  
г. СИМФЕРОПОЛЬ

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

10. Физическое развитие: Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_  
Группа здоровья: I II III IV V (нужное обвести)

11. Медицинская группа для занятий физической культурой:  
Основная Подготовительная Специальная (нужное подчеркнуть)  
Режим: Общий Щадящий (нужное подчеркнуть)

Заключение стоматолога \_\_\_\_\_

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Клинический анализ крови \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Общий анализ мочи \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Анализ кала на я/гельм. \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

12. Нуждаемость в условиях доступной среды \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Отметка об отсутствии (наличии) контакта с инфекционным больным у ребенка по месту пребывания, перед прибытием в ФГБОУ «МДЦ «Артек» в течение 21 дня \_\_\_\_\_

Осмотр на педикулез  -выявлен,  -нет. Проводилась санобработка:  -да,  -нет.  
Дата осмотра « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г. Врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Контагиозные кожные заболевания:  -выявлены,  -нет,  
Дата осмотра « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г. Врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

14. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления \_\_\_\_\_

15. Фамилия, инициалы и подпись врача \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

МП

ДАТА ОСМОТРА \_\_\_\_\_

ВРЕМЯ НАЧАЛА ОСМОТРА \_\_\_\_\_  
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ ОСМОТРА \_\_\_\_\_

ПЕДИКУЛЕЗ \_\_\_\_\_ ФИО мед.работника \_\_\_\_\_

КОЖА \_\_\_\_\_ ФИО мед.работника \_\_\_\_\_

ЖАЛОБЫ: \_\_\_\_\_

ТЕРМОМЕТРИЯ: \_\_\_\_\_

**ПРАВИЛА ЗАПОЛНЕНИЯ КАРТЫ**

1. Медицинская карта (форма № 079/у) заполняется врачом-педиатром за две недели до начала срока поездки.
2. В ФГБОУ «МДЦ «Артек» направляются дети и подростки: в летний период (июнь- август) - в возрасте 8-17 лет включительно; осенне-зимний-весенний период – дети 5 – 11 классов.
3. Отметка в данной медицинской карте об отсутствии контакта с инфекционными больными в школе (классе) и по месту жительства выдается амбулаторно-поликлиническим учреждением или в центрах Госсанэпиднадзора за 3 дня до отъезда.
4. Дети должны быть привиты по возрасту и с учетом эпидемиологической ситуации на территории.
5. Дети, получившие перед отъездом травму, должны иметь справку от специалиста с рекомендациями.
6. Дети с хроническими заболеваниями, требующими длительного приема медикаментов, обязаны иметь заключение специалиста с указанием препарата и дозировки.
7. Дети, состоящие на диспансерном учете у узких специалистов, должны иметь заключения о состоянии здоровья с последними результатами обследования.
8. Санация полости рта обязательна.
9. Дети, не имеющие медицинской карты или имеющие противопоказания по состоянию здоровья, возвращаются обратно с сопровождающим лицом за счет направившей организации. Сведения о неправильном отборе детей направляются в территориальные органы здравоохранения.
10. При наличии на теле ребенка порезов, шрамов, рубцов и т.д. указать причину и время их появления.
11. При наличии у детей признаков самоповреждения кожных покровов предоставить справку от врача-психиатра.