

-----ДОДАТКОВІ ДАНІ-----

Заповнюються батьками або опекунами дитини, за 2-3 дні до від'їзду в табір

Чи даєте Ви дитині в табір якісь препарати? Так \_\_\_\_\_ Ні \_\_\_\_\_

Якщо так, то які: \_\_\_\_\_

Чи необхідно приймати дитині будь-які медичні препарати на момент перебування в таборі, якщо так, то які. Графік прийому ліків (вказується в разі, якщо ліки необхідно давати дитині лікарем табору або педагогом заgonу.

Чи пройшла дитина повну санацію зубів до від'їзду до табору \_\_\_\_\_

Чи є в дитини алергія на харчові продукти, шерсть, пилок та т.і. \_\_\_\_\_

Якщо так, то на що саме \_\_\_\_\_

Чи є (чи була) у дитини алергія на медичні препарати? \_\_\_\_\_

Якщо так, то на що саме \_\_\_\_\_

Чи є ще дані стосовно здоров'я дитини, які Ви вважаєте за необхідне повідомити адміністрації проекту: \_\_\_\_\_

Я, будучи одним з батьків або опікуном дитини, повністю усвідомлюю свої дії і стверджую, що вся відповідальність за наслідки повідомлення мною неповних або недостовірних медичних даних лягатиме на мене.

Я дозволяю медичному персоналу табору, в разі необхідності (хвороби або травми моєї дитини), давати необхідні мед. препарати, робити рентгенівські знімки, аналізи, ін'єкції, надавати першу медичну допомогу і здійснювати лікування моєї дитини.

Так само беру на себе повну відповідальність за наслідки прийому моєю дитиною мед препаратів, даних мною дитині на проект «Творчий Табір» Час Індиго », зазначених у цій медичній карті.

П.І.Б. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

## МЕДИЧНА КАРТКА ДИТИНИ

що їде на проект  
дитячої розважальної програми  
«Творчий табір «Час Індиго»»

Зміна: з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

П.І.Б дитини (повністю)

Стать: \_\_\_\_\_ хлопчик \_\_\_\_\_ дівчинка.

Дата народження « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ р.

Повних років на момент перебування в таборі: \_\_\_\_\_

20\_\_ р.

**Шановні батьки та медичні працівники, що заповнюють медичну карту!  
Адміністрація проекту «Творчий Табір «Час Індиго»»  
нагадує Вам про відповідальність за внесення  
в медичні документи дитини завідомо неправдивих даних!**

Дані внутрішніх сторінок заповнюються дільничним педіатром, сімейним лікарем, лікарем спеціалістом або лікарем підліткового кабінету

----- МЕДИЧНІ ДАНІ-----

Анамнез: \_\_\_\_\_  
*дані про розвиток дитини, травми, всі перенесені захворювання, алергоанамнез*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Перенесені інфекційні захворювання: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Перебуває на диспансерному обліку: Так \_\_\_\_ Ні \_\_\_\_ ( діагноз та дата останнього загострення):

\_\_\_\_\_

-----ДАНІ ОБ'ЄКТИВНОГО ОГЛЯДУ-----

Фізичний розвиток: \_\_\_\_\_

Нервово-психічний розвиток: \_\_\_\_\_

Група здоров'я: \_\_\_\_-1; \_\_\_\_-2; \_\_\_\_-3; \_\_\_\_-4 Режим: \_\_\_\_\_-загальний \ \_\_\_\_\_-щадний

Мед. група для занять фіз. вих.: \_\_\_\_ основна; \_\_\_\_ підготовча; \_\_\_\_ спеціальна

**Огляд на педикульоз:** \_\_\_\_ -виявлен \_\_\_\_ - ні. Санобробка: \_\_\_\_-так, \_\_\_\_-ні.

Дата огляду « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**Дані огляду на контагіозні шкіряні захворювання:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата огляду « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Діагноз основний: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Супутні та хронічні захворювання: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Загальна висновок про стан здоров'я: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Дитина в складі організованої групи дітей за станом здоров'я перебувати може**

Так \_\_\_\_\_ Ні \_\_\_\_\_. Якщо ні, вкажіть причину або діагноз \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

М. П.

**Лікар:** \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
підпис прізвище, ім'я, по-батькові

----ДАНІ З СЕРТИФІКАТУ ПРО ПРОФІЛАКТИЧНІ ЩЕПЛЕННЯ---

Дані про щеплення дитини можуть йти додатком до мед. картки.

Щеплення	Назва препарату	Дата введення	Доза	Серія
Кір				
Дифтерія				
Кашлюк				
Скарлатина				
Епід.паротит				
ТВС				
Інше				

Реакція Манту. \_\_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Флюорографія. \_\_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**Якщо таке дослідження проводилося за останні 6 місяців.**

-----ДОВІДКА ЛІКАРЯ-ЕПІДЕМІОЛОГА АБО СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ-----

оформлюється не раніше, ніж за 4 робочих дні до виїзду в табір

Видана дитині в тому, що протягом останніх 21 дня до дня видачі, за місцем проживання та місцем навчання реципієнта випадків інфекційних захворювань і можливих контактів з носіями

(не спостерігалось/спостерігалось)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

М. П.

**Лікар:** \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
підпис прізвище, ім'я, по-батькові

---ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА УСТАНОВА, ЩО ЗАПОВНИЛА КАРТУ--

(назва)

(адреса) і (телефон)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

М. П.

**Лікар:** \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
підпис прізвище, ім'я, по-батькові

