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.

Документы проверены

_____

Медицинская документация

Наименование медицинской

_____

_____

_____

Адрес

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего 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 инфекционные и неинфекционные заболевания, операции, травмы:

_____

_____

Проведённые профилактические прививки и результаты обследований в целях выявления туберкулеза:

Против туберкулеза_____«_____»_____ 20___ г.

Против полиомиелита _____«_____»_____ 20___ г.

Против коклюша, дифтерии, столбняка_____«_____»_____ 20___ г.

Против дифтерии, столбняка (АДС)_____«_____»_____ 20___ г.

Против дифтерии, столбняка (АДС-М)_____«_____»_____ 20___ г.

Против кори (V)_____«_____»_____ 20___ г.

Против кори (RV), 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.

8. Состояние здоровья:

Диагноз заболевания: _____Код МКБ-10 _____

_____Код МКБ-10 _____

_____Код 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. Физическое развитие: Рост _____, Масса тела _____ (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост нужное подчеркнуть)

11. Группа здоровья: I II III IV V (нужное обвести)

11.1 Медицинская группа для занятий физической культурой:

Основная Подготовительная Специальная (нужное подчеркнуть)

Режим: Общий Щадящий (нужное подчеркнуть)

Заключение стоматолога_____

Заключение врача-психиатра_____

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Клинический анализ крови _____ « ____ » _____20___г.

Анализ крови на сахар _____ « ____ » _____20___г.

Общий анализ мочи _____ « ____ » _____20___г.

Обследование на гельминтозы (аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз):
_____ « ____ » _____20___г.

12. Нуждаемость в условиях доступной среды (по согласованию с МСЧ ФГБОУ «МДЦ «Артек») _____

13. Отсутствии контакта с больным инфекционными заболеваниями у ребенка по месту пребывания, перед прибытием в ФГБОУ «МДЦ «Артек» в течение 21 дня_____
_____

14.**Осмотр на педикулез и чесотку** -выявлен, -нет. Проводилась санобработка: -да, -нет.
Дата осмотра « ____ » _____ 20 г. Врач _____ (_____)
Контагиозные кожные заболевания: -выявлены , -нет,
Дата осмотра « ____ » _____ 20 г. Врач _____ (_____)

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

16. Фамилия, инициалы и подпись врача _____

17.. Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись руководителя медицинской организации _____

Дата заполнения «_____» _____20____ г.

МП

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

ДАТА ОСМОТРА _____

ВРЕМЯ НАЧАЛА ОСМОТРА _____
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ ОСМОТРА _____

ПЕДИКУЛЕЗ _____ ФИО мед.работника _____

КОЖА _____ ФИО мед.работника _____

МАССА ТЕЛА _____ ФИО мед.работника _____

ЖАЛОБЫ: _____

ТЕРМОМЕТРИЯ: _____

ПРАВИЛА ЗАПОЛНЕНИЯ КАРТЫ

1. Медицинская карта (форма № 079/у) заполняется врачом-педиатром за две недели до начала срока путевки.
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 территориальной детской поликлиникой 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 специалистов узкого профиля, 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 врачапсихиатра.