

ПРАВИЛА
медицинского отбора и направления детей, подростков
в загородный оздоровительный лагерь общего типа

1. Медицинская карта заполняется врачом-педиатром или врачом подросткового кабинета с комплексной оценкой состояния здоровья ребенка.

2. Данные страхового медицинского полиса заполняются врачом и заверяются печатью лечебно-профилактического учреждения.

3. Сведения об отсутствии контакта с инфекционными больными в школе (классе) и по месту жительства, а также данные осмотра на педикулез и кожные болезни, выдаются лечебно-профилактическими учреждениями за 3 дня до заезда в лагерь.

4. Дети должны быть привиты по возрасту и с учетом эпидемиологической ситуации на территории.

5. Дети, не имеющие перечисленных медицинских документов 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.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ для направления в загородный оздоровительный лагерь общего типа являются:

- * все заболевания в остром периоде, хронические в период обострения и в течение 6 месяцев после обострения;
- * инфекционные и паразитарные заболевания, в том числе туберкулез различных органов и систем;
- * заболевания крови, связанные с нарушением свертываемости;
- * психические заболевания, патологическое развитие личности с расстройством поведения и социальной адаптации, умственной отсталостью, в том числе эпилепсия;
- * врожденные и приобретенные заболевания опорно-двигательного аппарата, при которых ребенок нуждается в индивидуальном уходе;
- * черепно-мозговая травма и состояние послеоперационного лечения в течение 6 месяцев;
- * эндокринные заболевания, при которых ребенок нуждается в специфической заместительной терапии;
- * бронхиальная астма, независимо от степени тяжести;
- * эпилепсия (эписиндром), судорожный синдром.

ПРИМЕЧАНИЕ. Для детей, едущих в санаторные смены, кроме медицинской карты заполняется санаторно-курортная карта.

штамп
лечебно-профилактического
учреждения

Приложение 2
к приказу начальника отдела
здравоохранения и ГЦ СЭН
от _____ № _____

МЕДИЦИНСКАЯ ОБМЕННАЯ КАРТА
ребенка, направляемого в загородный
оздоровительный лагерь общего типа

Лагерь _____ Путевка _____

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____ 19 ____ г.

Место учебы _____ Класс _____

Адрес местожительства _____

(индекс, почтовый адрес, телефон)

Фамилия, имя, отчество, занятие, место работы, телефон родителей и лиц, их знающих:

Мать _____

Отец _____

МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

Анамнез (данные о травмах, всех перенесенных заболеваниях,
в том числе инфекционных,

аллергоанамнез) _____

ПРИМЕЧАНИЕ. Постоянная карта выполняется на основании медицинских данных, содержащихся в учебной форме № 112/у «История развития ребенка» учетной формы № 025-1/у.

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

ДАННЫЕ ИЗ СЕРТИФИКАТА О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ
(ДАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВОК)

1. Против кори _____
2. Против дифтерии, коклюша, столбняка, краснухи, полиомиелита _____
3. Против эпидемического паротита _____
4. Против туберкулеза _____
в том числе реакция Манту _____
5. Против инфекционных заболеваний, эндемичных для соответствующих территорий (клещевой энцефалит) _____

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Физическое развитие _____

Нервно-психическое развитие _____

Диагноз основной _____

Сопутствующие заболевания _____

Группа здоровья: 1 2 3 (нужное подчеркнуть)

Режим: *общий* *щадящий* (нужное подчеркнуть)

Медицинская группа для занятий физической культурой:

основная *подготовительная* *специальная* (нужное подчеркнуть)

Рекомендации _____

Страховой медицинский полис: Серия _____ № _____

Наименование и адрес лечебно-профилактического учреждения, выдавшего карту _____

Должность и фамилия лица, заполняющего карту _____

« _____ » _____ 200__ г. Врач: _____
(дата заполнения) (подпись, личная печать)

М.П.

ОСМОТР НА ПЕДИКУЛЕЗ, КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ

(заполняется за 3 дня до заезда в лагерь)

Проводилась санитарная обработка (да, нет) _____

Дата осмотра _____ Подпись врача _____

ДАННЫЕ ОБ ОТСУТСТВИИ КОНТАКТА С ИНФЕКЦИОННЫМИ
БОЛЬНЫМИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 НЕДЕЛИ
(заполняется за 3 дня до заезда в лагерь)

Дата выдачи _____ Подпись врача _____

М.П.

Линия отреза

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения « _____ » _____ 19__ г.

Место учебы _____

Класс _____

Лагерь _____

Состояние здоровья и перенесенные заболевания во время пребывания в оздоровительном лагере _____

Контакт с инфекционными больными _____

Эффективность оздоровления _____

Масса тела: при поступлении _____ при выписке _____

Динамометрия _____

Спирометрия _____

« _____ » _____ 200__ г. Врач: _____
(дата заполнения) (подпись, личная печать)

М.П.

ПРИМЕЧАНИЕ. Карта подлежит возврату в школу по месту учебы.