Приложение № 11

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 13 мая 2025 г. № 274н

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование и адрес медицинской организации(фамилия, имя, отчество (при наличии)индивидуального предпринимателя и адресосуществления медицинской деятельности)Основной государственный регистрационныйномер(Основной государственный регистрационныйномер индивидуального предпринимателя) |  | Медицинская документация |
| Учетная форма № 079/у |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, направляемого
в организацию отдыха детей и их оздоровления**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения: « |  | » |  |  |  |  г. Пол: муж. — 1, жен. — 2 |

|  |  |
| --- | --- |
| Гражданство |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  район |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  населенный пункт |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| улица |  |  дом |  | строение/корпус |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| квартира |  | тел. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  район |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  населенный пункт |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| улица |  |  дом |  | строение/корпус |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| квартира |  | тел. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сведения об образовательной организации: тип: |  | № |  |

|  |  |
| --- | --- |
| класс |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (наименование) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  |  группа |  |  Класс |  |

Перенесенные заболевания, операции, травмы

|  |  |
| --- | --- |
|  |  код по Международной статистической классификации |

|  |  |
| --- | --- |
| болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее — МКБ) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата « |  | » |  | 20 |  |  г. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  код по МКБ |  | Дата « |  | » |  | 20 |  |  г. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  код по МКБ |  | Дата « |  | » |  | 20 |  |  г. |

Проведенные профилактические прививки и результаты обследований, в том числе в целях выяв-

|  |  |
| --- | --- |
| ления туберкулеза |  |

|  |
| --- |
|  |

Состояние здоровья:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Диагноз заболевания |  |  код по МКБ |  |
|  |  код по МКБ |  |
|  |  код по МКБ |  |

Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия), аллергические реакции:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для меди-

|  |  |
| --- | --- |
| цинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Рост |  | , масса тела |  |  (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий |

рост, высокий рост — нужное подчеркнуть)

|  |  |
| --- | --- |
| Группа здоровья |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинская группа для занятий физической культурой |  |

Нуждаемость в условиях доступной среды: да — 1, нет — 2

Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления и (или) нуждающегося в индивидуальной помощи в связи с имеющимися физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр на педикулез и чесотку |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз) |  |

|  |
| --- |
|  |

Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и их

|  |  |
| --- | --- |
| оздоровления |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

Должность, специальность, фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись врача

|  |
| --- |
|  |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |
|  |

М. П. (при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  |  г. |