



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
(МИНЗДРАВ ЛНР)

ПРИКАЗ

«21» апреля 2021 г.

№ 253-ОД

г. Луганск

Зарегистрировано в Министерстве юстиции
Луганской Народной Республики
07.05.2021 за № 201/3862

Об утверждении форм первичной учетной медицинской документации и инструкций по их заполнению, используемых в медицинских организациях независимо от форм собственности и подчиненности

В целях обеспечения единообразия информации для оценки деятельности организация здравоохранения Луганской Народной Республики, на основании подпункта 190 подпункта 3.1.2 пункта 3.1, подпункта 4.1 Положения о Министерстве здравоохранения Луганской Народной Республики, утвержденного постановлением Совета Министров Луганской Народной Республики от 11.04.2017 № 172/17 (с изменениями), п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить следующие формы документов:

1.1. Форма первичной учетной медицинской документации № 026/у «Медицинская карта ребенка (для образовательной организации (учреждения))» (приложение № 1).

1.2. Форма первичной учетной медицинской документации № 055/у «Карта обследования ребенка в возрасте до 17 лет включительно с необычной реакцией на вакцинацию (ревакцинацию) БЦЖ» (приложение № 2).

1.3. Форма первичной учетной медицинской документации № 063/у «Карта профилактических прививок» (приложение № 3).

1.4. Форма первичной учетной медицинской документации № 063-1/у «Сертификат профилактических прививок» (приложение № 4).

1.5. Форма первичной учетной медицинской документации № 063-2/у «Информированное согласие и оценка состояния здоровья лица или ребенка одним из родителей (усыновителей) или иным законным представителем ребенка на проведение прививки или туберкулинодиагностики» (приложение № 5).

1.6. Форма первичной учетной медицинской документации № 064/у «Журнал учета профилактических прививок» (приложение № 6).

1.7. Форма первичной учетной медицинской документации № 070/у «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение» (приложение № 7).

1.8. Форма первичной учетной медицинской документации № 070-1/у «Журнал учета санаторно-курортных путевок» (приложение № 8).

1.9. Форма первичной учетной медицинской документации № 070-2/у «Журнал учета справок для получения путевки на санаторно-курортное лечение» (приложение № 9).

1.10. Форма первичной учетной медицинской документации № 072/у «Санаторно-курортная карта» (приложение № 10).

1.11. Форма первичной учетной медицинской документации № 076/у «Санаторно-курортная карта для детей в возрасте до 17 лет включительно» (приложение № 11).

1.12. Форма первичной учетной медицинской документации № 077/у «Путевка в организацию (учреждение), осуществляющую деятельность по оздоровлению и отдыху детей» (приложение № 12).

1.13. Форма первичной учетной медицинской документации № 078/у «Направление в санаторий для больных туберкулезом» (приложение № 13).

1.14. Форма первичной учетной медицинской документации № 079/у «Медицинская справка на ребенка, который выезжает в организацию (учреждение), осуществляющую деятельность по оздоровлению и отдыху» (приложение № 14).

1.15. Форма первичной учетной медицинской документации № 112/у «История развития ребенка» (приложение № 15).

1.16. Форма первичной учетной медицинской документации № 138/у «Справка о временном освобождении от работы (учебы) по уходу за больным ребенком» (приложение № 16).

2. Утвердить прилагаемые:

2.1. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 026/у «Медицинская карта ребенка (для образовательной организации (учреждения))».

2.2. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 055/у «Карта обследования ребенка в возрасте до 17 лет включительно с необычной реакцией на вакцинацию (ревакцинацию) БЦЖ».

2.3. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 063/у «Карта профилактических прививок».

2.4. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 063-1/у «Сертификат профилактических прививок».

2.5. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 063-2/у «Информированное согласие и оценка состояния здоровья лица или ребенка одним из родителей (усыновителей) или иным законным представителем ребенка на проведение прививки или туберкулинодиагностики».

2.6. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 064/у «Журнал учета профилактических прививок» (приложение № 6).

2.7. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 070/у «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение».

2.8. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 070-1/у «Журнал учета санаторно-курортных путевок».

2.9. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 070-2/у «Журнал учета справок для получения путевки на санаторно-курортное лечение».

2.10. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 072/у «Санаторно-курортная карта».

2.11. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 076/у «Санаторно-курортная карта для детей в возрасте до 17 лет включительно».

2.12. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 077/у «Путевка в организацию (учреждение), осуществляющую деятельность по оздоровлению и отдыху детей».

2.13. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 078/у «Направление в санаторий для больных туберкулезом».

2.14. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 079/у «Медицинская справка на ребенка, который выезжает в организацию (учреждение), осуществляющую деятельность по оздоровлению и отдыху».

2.15. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 112/у «История развития ребенка».

2.16. Инструкцию по заполнению формы первичной учетной медицинской документации № 138/у «Справка о временном освобождении от работы (учебы) по уходу за больным ребенком».

3. Установить, что персональные данные, которые содержатся в формах первичной учетной медицинской документации, утвержденных настоящим приказом, обрабатываются в соответствии с требованиями действующего законодательства Луганской Народной Республики о защите персональных данных.

4. Руководителям медицинских организаций Луганской Народной Республики независимо от формы собственности и подчиненности обеспечить внедрение указанных в пункте 1 настоящего приказа форм первичной учетной медицинской документации и инструкций по их заполнению, утверждаемых в соответствии с пунктом 2 настоящего приказа.

5. Разрешить медицинским организациям использование форм первичной учетной медицинской документации, изготовленных до вступления в силу настоящего приказа.

6. Юридическому отделу Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики подать настоящий приказ на государственную регистрацию в Министерство юстиции Луганской Народной Республики в установленном порядке.

7. Настоящий приказ вступает в силу с момента его государственной регистрации в Министерстве юстиции Луганской Народной Республики.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр здравоохранения
Луганской Народной Республики

Н. А. Пащенко

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 026/y УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от « ____ » _____ 2021 года № _____								
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									

Медицинская карта ребенка (для образовательной организации (учреждения))					
Класс (заполняется ежегодно) группа	Аллергия (вакцинальная, лекарственная, пищевая), аллергические заболевания				
Фамилия, имя, отчество ребенка _____ _____ Дата рождения _____ Пол: м. - 1, ж. - 2 <input type="checkbox"/> (число, месяц, год) Адрес _____ _____ Телефон _____ Медицинская организация, которая обслуживает _____ Телефон _____ Сведения о родителях:					
	Ф.И.О.	Год рождения	Образование	Место работы	Телефон
Отец					
Мать					
а) жилищно-бытовые условия _____ б) семейный анамнез (заболевания) _____ _____ ВНЕШКОЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ: Спорт (да, нет, вид спорта) _____ Иностранный язык (да, нет) _____ Музыка (да, нет) _____ Другие занятия _____					
ПЕРЕНЕСЕННЫЕ БОЛЕЗНИ:					
	Дата			Дата	
Корь		Инфекционный гепатит			
Коклюш		Дизентерия			
Скарлатина		Брюшной тиф			
Дифтерия		Туберкулез			
Ветряная оспа		Ревматизм			
Инфекционный паротит					
Краснуха					

Данные флюорографических (рентгеновских) исследований			Данные лабораторных исследований			
Дата	Результат		Анализы	Дата	Результат	
			Крови			
			Мочи			
			Кала			
ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИЯ						
Дата						
Результат						
Дата						
Результат						
САНАЦИЯ ПОЛОСТИ РТА						
Дата						
Формула						
Результат						
Дата						
Формула						
Результат						

ДАнные углубленного медицинского осмотра				
1. Дата обследования				
2. Возраст ребенка				
3. Класс, группа				
4. Рост				
5. Вес				
6. Артериальное давление				
7. Субъективные жалобы				
8. Осмотры: педиатром				
9. Ревматологом				
10. Ортопедом (хирургом)				
11. Офтальмологом				
12. Отоларингологом				
13. Невропатологом				
14. Дерматологом				

	Результат, дата			
15. Логопедом				
16. Стоматологом				
17. Гинекологом				
18. Фтизиатром				
19. Психиатром				
20. Оценка физического развития				
21. Заключение о состоянии здоровья				
22. Группа для занятий физической культурой				
22. Рекомендации				
Подписи врачей _____ (педиатр, специалисты) _____ _____ _____ _____				

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ 	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 055/y УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2021 года № ____
--	---

КАРТА ОБСЛЕДОВАНИЯ ребенка в возрасте до 17 лет включительно с необычной реакцией на вакцинацию (ревакцинацию) БЦЖ											
1. Фамилия, имя ребенка	_____										
2. Дата рождения	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (число, месяц, год)										
3. Наименование организации (учреждения), проводившей прививку	_____										
4. Вакцинация, ревакцинация (подчеркнуть)											
а) дата «___» _____ 20__ года	б) метод введения _____										
в) производитель вакцины, контрольный номер	_____										
г) серия вакцины	_____										
д) срок пригодности вакцины до	_____										
5. Дата обследования и срок после прививки	_____										
6. Изменения на месте прививки в момент осмотра	_____										
а) язва (наибольший размер диаметра)	_____										
б) холодный нарыв (наибольший размер диаметра) со свищем, без свища (подчеркнуть)	_____										
в) лимфаденит регионарных лимфоузлов, величина в мм, со свищем, без свища (подчеркнуть)	_____										
г) рубчик (величина наибольшего диаметра в мм)	_____										
г) отсутствие изменений	_____										
д) келоидный рубец (величина в мм)	_____										
е) пигментные пятна (наибольший размер в мм)	_____										

7. Туберкулиновые пробы (Манту 2 ТЕ), их динамика до прививки и на момент обследования											
8. Наличие контакта с больным туберкулезом											
9. Сопутствующие заболевания (аллергические заболевания в анамнезе) _____											
(экссудативный диатез, идиосинкразия и т.п.)											
10. Данные клинического обследования _____											
11. Данные рентгенологического обследования (описание рентгенограммы или крупнокадровой флюорограммы) _____											
12. Диагноз (наименование осложнения) _____											
13. Вероятные причины осложнения: техника введения, неверный отбор, повышенная реактогенность, вакцины БЦЖ, просроченный срок вакцины (подчеркнуть)											
14. Осуществленные мероприятия (в том числе методы лечения) _____											
15. Дата заполнения карты	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> (число, месяц, год)										
Врач, заполнивший карту _____ (фамилия, подпись)											
Врач-физиастр детский _____ (фамилия, подпись)											
Медицинская сестра, проводившая прививку _____ (фамилия, подпись)											

9. Прививка против кори														
Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинские противопоказания (дата, причина)								
				общая	местная									
10. Прививка против паротита														
Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинские противопоказания (дата, причина)								
				общая	местная									
11. Прививка против краснухи														
Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинские противопоказания (дата, причина)								
				общая	местная									
12. Прививка против гепатита В														
Вид прививки	Название препарата	Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинские противопоказания (дата, причина)						
						общая	местная							
Вакцинация														
13. Другие прививки														
Вид прививки	Название препарата	Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинские противопоказания (дата, причина)						
						общая	местная							
14. Туберкулиновые пробы														
Возраст	Дата	Доза	Серия	Результат	Возраст	Дата	Доза	Серия	Результат	Возраст	Дата	Доза	Серия	Результат

Снят с учета (дата) _____ Причина _____ Подпись _____

Заполняется в медицинской организации при взятии ребенка на учет.
В случае выезда ребенка из города или района выдается справка о проведении прививки.
Карта остается в медицинской организации.

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 063-1/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от « » 2021 года №
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма	
ОГРН ЕПРЮЛ <input type="text"/>	

Сертификат профилактических прививок
IMMUNIZATION CARD

Фамилия, имя, отчество (Name, Surname)

Дата рождения (Data of Birth)

Место рождения (Place of Birth)

Дата выдачи и название медицинской организации, выдавшей сертификат
(Issued: Date and Place)

Тип прив.	Препарат Vaccine	Дата Date	Серия Lot #	Подпись и печать врача Signature and stamp
Против туберкулеза (TB)	V:			
	RV:			
Против полиомиелита (Polio)	V:			
	RV:			
V - Вакцинация RV - Ревакцинация				

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ
History of Infectious Diseases

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ПРИМЕЧАНИЯ
Remarks

Сертификат профилактических прививок выдается роддомом или прививочным кабинетом поликлиник, медсанчастей, здравпунктов.

Карта иммунизации хранится ее владельцем в течение жизни и предъявляется при поступлении в образовательную организацию (учреждение), оформлении на работу, призыве на военную службу, посещении врача поликлиники, при госпитализации и в случае травмы.

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ	
Форма первичной учетной медицинской документации № 063-2/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «__» _____ 2021 года № _____										

Информированное согласие

и оценка состояния здоровья лица или ребенка одним родителей (усыновителей) или иным законным представителем ребенка на проведение прививки или туберкулинодиагностики

1. Фамилия, имя, отчество прививаемого _____

2. Дата рождения _____

3. Место жительства, телефон _____

4. Дата последней прививки, проведенной лицу или ребенку _____

5. Приведенный ниже контрольный список вопросов поможет Вашему врачу решить вопрос прививки или туберкулинодиагностики для Вас или для Вашего ребенка:

Вопрос	Ответ (необходимое подчеркнуть)	
С Вашей точки зрения, на сегодня Вы и Ваш ребенок здоровы	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Вы или ребенок больны лейкемией, раком, ВИЧ/СПИД или получаете лечение – химиотерапию, стероидную терапию	Да <input type="checkbox"/> <small>(указать, что именно из перечисленного)</small>	Нет <input type="checkbox"/>
Наблюдалась ли у Вас/Вашего ребенка реакция/осложнения после введения предыдущих вакцин	Да <input type="checkbox"/> <small>(указать, какая)</small>	Нет <input type="checkbox"/>
У Вас/Вашего ребенка имеется серьезная аллергическая реакция	Да <input type="checkbox"/> <small>(на что именно)</small>	Нет <input type="checkbox"/>
В течение последнего года Вам/Вашему ребенку проведено введения иммуноглобулинов, компонентов крови или цельное переливание крови	Да <input type="checkbox"/> <small>(что именно)</small>	Нет <input type="checkbox"/>
В анамнезе у Вас/Вашего ребенка есть хронические заболевания	Да <input type="checkbox"/> <small>(какие именно)</small>	Нет <input type="checkbox"/>
В анамнезе у Вас/Вашего ребенка есть расстройства кроветворения	Да <input type="checkbox"/> <small>(какие именно)</small>	Нет <input type="checkbox"/>

Продолжение приложения № 5

6. Прочитайте внимательно, не являются ли приведенные ниже состояния противопоказаниями к проведению прививки в анамнезе у прививаемого лица, или у кого-нибудь из членов семьи неблагоприятные события после иммунизации:

- в анамнезе у прививаемого лица судороги;
- в анамнезе у прививаемого лица лечение антибиотиками;
- в анамнезе у прививаемого лица лечение стероидами (гормональные препараты);
- в анамнезе у кого-нибудь из членов семьи астма, экзема, атипичный дерматит, насморк;
- в анамнезе у прививаемого лица коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит (свинка), ветряная оспа, герпес или менингит;
- в анамнезе у прививаемого ребенка желтуха новорожденных;
- в анамнезе у прививаемого ребенка преждевременное рождение или малый вес при рождении;
- в анамнезе у прививаемого ребенка любые неврологические расстройства, детский церебральный паралич и тому подобное;
- в анамнезе у прививаемого лица контакт с инфекционными больными;
- в анамнезе у прививаемого лица любое хирургическое вмешательство.

7. Вы получили информацию о процедуре прививки, туберкулинодиагностики (проба Манту), противопоказаниях к проведению прививки или туберкулинодиагностики, вакцине, возможных неблагоприятных последствиях	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
8. Согласие лица, родителей (усыновителей) или иных законных представителей ребенка на проведение прививки или туберкулинодиагностики для профилактики _____ (чего именно)	Даю согласие на проведение прививки _____ (дата подпись)	Не даю согласие на проведение прививки (почему именно) _____ (дата подпись)
9. Я буду немедленно информировать медицинских работников в случае ухудшения самочувствия у меня/ребенка	_____ (подпись)	
10. Медицинский работник, который проводил анкетирование	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)

11. Дата _____

Приложение № 6
к приказу Министерства
здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="580 804 981 844"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учётной медицинской документации № 064/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2021 года № _____									

Ж У Р Н А Л учета профилактических прививок	
Начат «___» _____ 20__ г.	Закончен «___» _____ 20__ г.

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p>	<p align="center">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p>									
<p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p>	<p align="center">Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p align="center">№ 070/у</p>									
<p>ОГРН ЕГРЮЛ</p> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										<p align="center">УТВЕРЖДЕНА</p> <p align="center">приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики</p>
	<p align="center">от «___» _____ 2021 года № _____</p>									

СПРАВКА № _____
для получения путевки на санаторно-курортное лечение

Эта справка не заменяет санаторно-курортную карту и не дает пациенту права на санаторно-курортное или амбулаторно-курортное лечение

- Выдана _____ (фамилия, имя, отчество)
- Пол: 2.1. Мужской 2.2. Женский (подчеркнуть)
- Дата рождения [][][][][][][][][] (число, месяц, год)
- Место жительства больного _____
- Диагноз _____ Код по МКБ-10 [][][][][][][][][]
5.1. Заболевание, по поводу которого больной(ая) направляется в санаторий [][][][][][][][][]
5.2. Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности [][][][][][][][][]
5.3. Сопутствующие заболевания
- Общие противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение отсутствуют Лечащий врач _____ (подпись)
- Рекомендовано:
7.1. Санаторно-курортное лечение в санатории (санатории-профилактории) _____ (указать профиль)
- 7.2. Амбулаторно-курортное лечение _____
- 7.3. Оздоровление в санатории-профилактории _____
8. Рекомендованное место лечения: местный санаторий (вне курорта) _____ курорт(ы) _____ (указать рекомендованные курорты)
9. Рекомендованное время года: зимой, весной, летом, осенью (подчеркнуть)
10. Лечащий врач _____ (фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)
11. Заведующий отделением _____ (фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)
12. Председатель ВКК _____ (фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)

Справка действительна в течение 12 месяцев с момента выдачи.
Справка предоставляется для получения путевки на санаторно-курортное лечение. После получения путевки необходимо обратиться за санаторно-курортной картой в медицинскую организацию, выдавшую справку.
Дата выдачи [][][][][][][][][] (число, месяц, год) М. П.

Приложение № 8
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ								
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма		Форма первичной учетной медицинской документации № 070-1/у УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2021 года № _____								
ОГРН ЕГРЮЛ	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
ЖУРНАЛ учета санаторно-курортных путевок										
Начат «___» _____ 20___ года	Закончен «___» _____ 20___ года									

Приложение № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <hr/> <p>ОГРН ЕГРЮЛ</p> <table border="1" data-bbox="748 730 1167 769"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации № 070-2/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «<u> </u>» <u> </u> 2021 года № <u> </u></p>

Журнал
учета справок для получения путевки на санаторно-курортное лечение

Начат « » 20 года

Закончен
« » 20 года

9. Короткие данные клинических, лабораторных, рентгенологических и других исследований (даты)	
10. Диагноз: а)	
основной	_____
б) сопутствующие заболевания _____	
11.	
ВЫВОД _____	
Курортное лечение _____	(указать рекомендованные курорты)
а) в санатории _____	(указать профиль)
б) амбулаторно-курсовое (подчеркнуть)	
12. Рекомендованное лечение в местном санатории (вне курорта) _____	
(указать профиль санатория)	
13. Время года _____	
М. П.	Лечащий врач _____ (фамилия, подпись)
	Заведующий отделения _____ (фамилия, подпись)

Приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <hr/> <hr/> <p>ОГРН ЕГРЮЛ</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации № 076/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА</p> <p>приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «___» _____ 2021 года № _____</p>

**САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ
ДО 17 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО**

Дата заполнения

--	--	--	--	--

(число, месяц, год)

I. ОБЩИЕ ДАННЫЕ

1.1. Наименование, место нахождения (почтовый адрес) и телефон медицинской организации по месту диспансерного наблюдения ребенка _____

1.2. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

_____ класс (группа) _____
(наименование образовательной организации (учреждения))

1.3. Дата рождения

--	--	--	--	--

(число, месяц, год)

1.4. Место жительства, телефон _____

1.5. Фамилия, имя, отчество одного из родителей (усыновителей) или иных законных представителей, место работы, телефон _____

II. МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

2.1. Анамнез: антропометрические данные, особенности развития, перенесенные заболевания, травмы (в каком возрасте)

2.2. Наследственность _____

2.3. Профилактические прививки (указать даты проведения) _____

2.4. Анамнез указанного заболевания: с какого возраста болеет, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводящееся лечение (в том числе противорецидивное), указать, пользовался ли санаторно-курортным лечением, сколько раз, где и когда, дата последнего посещения участкового педиатра, врача общей практики-семейного врача, наличие аллергических заболеваний _____

2.5. Жалобы в этот период _____

2.6. Данные объективного _____ осмотра

2.7. Данные лабораторного, рентгенологического и других исследований:	
общий анализ мочи _____	Дата «___» _____ 20__ года
общий анализ крови _____	Дата «___» _____ 20__ года
анализ кала на яйца гельминтов _____	Дата «___» _____ 20__ года
анализ кала на кишечную группу _____	Дата «___» _____ 20__ года
анализ на дифтерию (из зева и носа) _____	Дата «___» _____ 20__ года
флюорография _____	Дата «___» _____ 20__ года
прочие исследования _____	Дата «___» _____ 20__ года
2.8. Диагноз основной _____	Дата «___» _____ 20__ года
2.9. Сопутствующие заболевания _____	
2.10. Вывод о необходимости в сопровождении ребенка одним из родителей (усыновителей) или иных законных представителей _____	
2.11. Согласие родителей (усыновителей) или иных законных представителей на лечение ребенка в организации (учреждении), осуществляющей деятельность по оздоровлению и отдыху _____ (фамилия, подпись)	
М. П.	Лечащий врач _____ (фамилия, подпись)
	Заведующий отделения _____ (фамилия, подпись)
III. ВЫВОД САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОТБОРОЧНОЙ КОМИССИИ (далее - СКОК)	
3.1. Диагноз основной _____	
3.2. Сопутствующие заболевания _____	
3.3. Рекомендованное санаторно-курортное лечение (вписать) _____	
	Председатель комиссии _____ (фамилия, подпись)
М. П.	Члены комиссии _____ (фамилия, подпись)
	Дата _____ (число, месяц, год)

IV. ПОДЛЕЖИТ ВОЗВРАТУ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ПО МЕСТУ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА	
4.1. Фамилия, имя, отчество ребенка	_____
4.2. Находился в организации (учреждении), осуществляющей деятельность по оздоровлению и отдыху	_____
4.3. Диагноз организации (учреждении), осуществляющей деятельность по оздоровлению и отдыху	_____
4.4. Сопутствующие заболевания	_____
4.5. Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур)	_____
4.6. Эффективность (динамика антропометрических, гематологических показателей, функциональных проб, изменения в соматическом статусе и другие, общая оценка результатов лечения)	_____
4.7. Рекомендации по дальнейшему лечению	_____
4.8. Контакты с инфекционными больными	_____
4.9. Перенесенные интеркуррентные заболевания и обострения основного и сопутствующих заболеваний	_____
4.10. Решение организации (учреждения), осуществляющей деятельность по оздоровлению и отдыху, в случае выявления противопоказаний, выявления дефектуры для санаторно-курортного лечения ребенка:	_____
М. П.	Заведующий отделения _____ (фамилия, подпись)
	Главный врач _____ (фамилия, подпись)
	Дата « ____ » _____ 20 ____ года

Приложение № 12
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма	Форма первичной учетной медицинской документации № 077/у
_____	УТВЕРЖДЕНА
_____	приказом Министерства здравоохранения
ОГРН ЕГРЮЛ	Луганской Народной Республики
[][][][][][][][][]	от « ____ » _____ 2021 года
_____	№ _____
ПУТЕВКА № _____	
в организацию (учреждение), осуществляющую деятельность по оздоровлению и отдыху детей	

(наименование санатория и медицинский профиль)	
сроком с « ____ » _____ 20 ____ года по « ____ » _____ 20 ____ года	
Путевка бесплатная, продавать или передавать запрещается	
I. ОБЩИЕ ДАННЫЕ	
1.1. Фамилия _____	имя _____
отчество ребенка _____	
1.2. Дата рождения	[][][][][][][][][]
(число, месяц, год)	
1.3. Место жительства родителей (усыновителей) или иных законных представителей, номер контактного телефона _____	

1.4. Местонахождение организации (учреждения), которое выдало путевку, телефон _____	

М. П.	
Лечащий врач _____	
(фамилия, имя, отчество, подпись)	

1.5. В организацию (учреждение), осуществляющую деятельность по оздоровлению и отдыху детей, принимаются дети в возрасте до 17 лет включительно.

II. ПОКАЗАНИЯ (в соответствии с медицинским профилем):

III. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ (в соответствии с медицинским профилем):

<p>Место нахождения организации (учреждения), осуществляющей деятельность по оздоровлению и отдыху детей</p>	
<p>Пути извещения</p>	

Приложение № 13
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="459 734 916 801"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>											<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной медицинской документации № 078/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «<u> </u>» <u> </u> 2021 года № <u> </u></p>
НАПРАВЛЕНИЕ в санаторий для больных туберкулезом											
<p>1. Фамилия, имя, отчество больного _____</p> <p>2. Место жительства (регистрации)/пребывания _____</p>											
<p>3. Наименование и место нахождения медицинской организации, которая направляет больного</p>											
<p>4. Наименование и место нахождения организации (учреждения) осуществляющей оздоровление и отдых, куда направляется больной на лечение</p>											
<p>5. Номер места, прикрепленного к медицинской организации _____</p>											
<p>6. Дата прибытия в санаторий <table border="1" data-bbox="676 1442 1149 1478"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> _____ (число, месяц, год)</p>											
<p>7. Медицинская документация выдана на руки/отправлена по почте (нужное подчеркнуть)</p>											
<p>(фамилия, имя, отчество лица, получившего медицинскую документацию) Дата заполнения направления <table border="1" data-bbox="683 1644 1244 1680"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> _____ (число, месяц, год)</p>											
<p>М. П.</p>											
<p>Главный врач медицинской организации/заведующий отделения _____ (фамилия, подпись)</p>											
<p>Лечащий врач _____ (фамилия, подпись)</p>											

Приложение № 14
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" data-bbox="459 734 951 801"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table></p>											<p align="center">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p align="center">Форма первичной учетной медицинской документации № 079/у</p> <p align="center">УТВЕРЖДЕНА</p> <p align="center">приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от «<u> </u>» <u> </u> 2021 года № <u> </u></p>
<p align="center">МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА на ребенка, который выезжает в организацию (учреждение), осуществляющую деятельность по оздоровлению и отдыху</p>											
<p>1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____</p>											
<p align="right">2. Возраст _____</p>											
<p>3. Место жительства родителей (усыновителей) или иных законных представителей _____, телефон _____</p>											
<p>4. Наименование образовательной организации (учреждения) _____, класс _____, район _____, наименование медицинской организации _____</p>											
<p>5. Состояние здоровья (если находится под диспансерным наблюдением, указать диагноз по МКБ-10), наличие аллергических заболеваний _____</p>											
<p>6. Перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, коклюш, эпидемический паротит, вирусные гепатиты, ветряная оспа, дизентерия) _____</p>											
<p>7. Проведенные прививки (против дифтерии, коклюша, столбняка, кори, вирусного гепатита, БЦЖ, туберкулину пробы 2 ТЕ в динамике и тому подобное) с указанием дат их проведения _____</p>											
<p>8. Результаты осмотра на педикулез и чесотку: _____</p>											
<p>9. Наличие справки об отсутствии контакта с инфекционными больными: _____</p>											
<p>10. Физическое развитие, физкультурная группа _____</p>											
<p>11. Рекомендованный режим _____</p>											
<p>Дата выдачи справки «<u> </u>» <u> </u> 20<u> </u> году</p>											
<p>Врач-педиатр или врач общей практики-семейной медицины _____</p> <p align="right">(фамилия, подпись)</p>											

Заполняется врачом организации (учреждения), осуществляющей деятельность по оздоровлению и отдыху

12. Состояние здоровья и перенесенные заболевания во время пребывания в организации (учреждении) осуществляющей деятельность по оздоровлению и отдыху:

13. Контакт с инфекционными больными: _____

14. Эффективность оздоровления в организации (учреждении), осуществляющей деятельность по оздоровлению и отдыху:

Общее состояние

Вес при поступлении _____

Вес при отъезде _____

Динамометрия _____

Спирометрия _____

Дата « _____ » _____ 20__ года

Врач организации (учреждения), осуществляющей деятельность по оздоровлению и отдыху: _____

(фамилия, подпись)

Справка подлежит возвращению в медицинскую организацию по месту наблюдения ребенка.

Приложение № 15
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД

Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма _____ _____ ОГРН ЕГРЮЛ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr></table>								МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной медицинской документации № 112/y УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от « ____ » _____ 2021 года № _____

История развития ребенка № _____	
Группа крови _____	Случаи аллергических реакций (на медикаменты, продукты питания, вакцины и тому подобное), аллергические заболевания (вписать)
Резус-принадлежность _____	

1. Фамилия _____ имя _____ отчество _____ 2. Дата рождения <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr></table> (число, месяц, год) 3. Пол: мужской - 1, женский - 2 <input type="checkbox"/> 4. Место жительства: район _____ город (село) _____ улица _____ дом _____ квартира _____ контактный телефон _____ 5. Проживает: постоянно, временно; приезжий(ая) из другого города, села (подчеркнуть, указать откуда прибыл(ла) _____ 6. Отметка о посещении образовательной организации (учреждения)											7. Взят(а) на учет в этом учреждении здравоохранения <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr><tr><td colspan="10">(число, месяц, год)</td></tr><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr><tr><td colspan="10">(число, месяц, год)</td></tr><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr><tr><td colspan="10">(число, месяц, год)</td></tr><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr><tr><td colspan="10">(число, месяц, год)</td></tr> </table>											(число, месяц, год)																				(число, месяц, год)																				(число, месяц, год)																				(число, месяц, год)										Заболевание, по поводу которого взят(а) на учет _____ _____ _____ _____ _____
(число, месяц, год)																																																																																												
(число, месяц, год)																																																																																												
(число, месяц, год)																																																																																												
(число, месяц, год)																																																																																												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Дата оформления в образовательную организацию (учреждение)</th> <th style="width:10%;">Возраст ребенка</th> <th style="width:30%;">Наименование заведения</th> <th style="width:15%;">Выбыл(ла) из образовательной организации (учреждения) (дата)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Дата оформления в образовательную организацию (учреждение)	Возраст ребенка	Наименование заведения	Выбыл(ла) из образовательной организации (учреждения) (дата)																	8. Снят(а) из учета <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr><tr><td colspan="10">(число, месяц, год)</td></tr><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr><tr><td colspan="10">(число, месяц, год)</td></tr><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr><tr><td colspan="10">(число, месяц, год)</td></tr> </table>											(число, месяц, год)																				(число, месяц, год)																				(число, месяц, год)										Причина, по которой снят(а) с учета (при переезде указать куда выбыл(ла) _____ _____ _____										
Дата оформления в образовательную организацию (учреждение)	Возраст ребенка	Наименование заведения	Выбыл(ла) из образовательной организации (учреждения) (дата)																																																																																									
(число, месяц, год)																																																																																												
(число, месяц, год)																																																																																												
(число, месяц, год)																																																																																												

II. КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ И РЕАКЦИЙ НА ПРИВИВКУ							
Прививка против		Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Реакция	
						местная	общая
1		2	3	4	5	6	7
Туберкулеза	Вакцинация						
	Ревакцинация I						
	Ревакцинация II						
Полиомиелита	Вакцинация	1-я прививка					
		2-я прививка					
		3-я прививка					
	1-я ревакцинация						
	2-я ревакцинация						
	3-я ревакцинация						
	4-я ревакцинация						
Дифтерии, коклюша, столбняка (наименование препарата)	Вакцинация	1-я прививка					
		2-я прививка					
		3-я прививка					
	1-я ревакцинация						
Дифтерии, столбняка (наименование препарата)	2-я ревакцинация						
	3-я ревакцинация						
	4-я ревакцинация						
Кори, эпидемического паротита, краснухи (наименование препарата)	1-я прививка						
	2-я прививка						
Прививка против вирусного гепатита В	1-я прививка						
	2-я прививка						
	3-я прививка						

Продолжение приложения № 15

Наименование пробы		Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Результат	3. МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРИВИВКИ			
							Наименование прививки	Перенесение прививки		
								дата	причина	указать на какой срок
1	2	3	4	5	6					
Реакция Манту		1								
		2								
		3								
		4								
		5								
		6								
		7								
		8								
		9								
		10								
		11								
		12								
		13								
		14								
Другие прививки	Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция				
						местная	общая			
(фамилия и подпись медицинского работника, который заполняет этот раздел)										

НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БЦЖ

№ п/п	Характер реакции	БЦЖ				
		1 месяц	3 месяца	6 месяцев	9 месяцев	12 месяцев
1	Отсутствие реакции					
2	Пятно					
3	Папула					
4	Инфильтрат					
5	Пустула					
6	Рубчик					
7	Язва					
8	Келоидный рубец					
9	Региональный лимфаденит					

III. ЛИСТОК ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (УТОЧНЕННЫХ) ДИАГНОЗОВ*				
Дата обращения (число, месяц, год)	Возраст	Заключительные (уточненные) диагнозы (отметить "+" или "-")	Впервые установленный диагноз (отметить знаком "+")	Фамилия и подпись врача
1	2	3	4	5

*Количество страниц должно быть не менее 2.

VI. СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА РЕБЕНКУ					
№ п/п	Наименование	Согласие матери, отца (усыновителей) или иных законных представителей	Дата	Подпись матери, отца (усыновителей) или иных законных представителей	Подпись врача
1	Осмотр врача-специалиста				
2	Обследование (подчеркнуть или вписать необходимое) : ОАК, биохимия, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, билирубин и гемолизины, ОАМ _____				
3	Проведение профилактических прививок				
4	Диагностические инструментальные и функциональные методы обследования (подчеркнуть или вписать необходимое): ЭКГ, УЗИ, ЭХОКГ, ЭЭГ, РЭГ, КТ, ФГС _____				
5	Лечебные и диагностические манипуляции (подчеркнуть или вписать необходимое): медицинская манипуляция общего назначения (инъекционные, зондовые, клизменные, сбор материала для обследования), пункции, биопсии _____				

Врач, который назначает проведение медицинского вмешательства, обязан проинформировать родителей (усыновителей) или иных законных представителей о необходимости этого обследования и возможных осложнениях

VII. ПЕРВЫЙ ДОРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ (ПЕРВЫЙ ТРИМЕСТР)		
	Беременная	Муж беременной
Возраст		
Рост / масса		
Образование (начальное, среднее, высшее)		
Условия труда (удовлетворительные, неудовлетворительные)		
Длительность курения, количество сигарет в день		
Употребление спиртных напитков		
Перенесенные заболевания (хронические) в возрасте		
Болезни кожи и подкожной клетчатки		
Болезни органов кровообращения		
Болезни органов дыхания		
Болезни органов пищеварения		
Болезни мочеполовых органов		

Беременность по счёту _____ Роды по счёту _____ Предыдущие беременности заканчивались:

Срочными родами _____ преждевременными родами, абортами искусственными _____

Самопроизвольными _____ количество детей _____

Возраст / пол _____, срок настоящей беременности _____, желанная (да, нет),

Жалобы беременной, заболевания, перенесенные в период беременности и на каком сроке _____

VIII. ВТОРОЙ ДОРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ (ТРЕТИЙ ТРИМЕСТР)

Как выполнены и выполняются рекомендации, сделанные при первом патронаже _____

Срок беременности _____ недель. Жалобы _____

Осложнения течения беременности _____

Заболевания, перенесенные после патронажа, дата _____

Экстрагенитальная патология _____

Лечение _____

Прошла занятия в школе матерей (да, нет, сколько занятий, когда) _____

Подготовлена семья принять новорожденного (да, нет). Проведена, проводится и степень подготовки грудных желез, сосков к кормлению ребенка (да, нет, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно).

Проведена беседа «О преимуществе естественного вскармливания»: да, нет, дата _____

Проведена беседа «О становлении развития чувства материнства»: да, нет, дата _____

Как проведена или проводится антенатальная профилактика рахита

_____ анемии _____

_____ аллергического диатеза _____

Какие даны рекомендации _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ года Врач _____ Медсестра _____

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

IX. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА О ВСКАРМЛИВАНИИ И ПИТАНИИ РЕБЕНКА									
ВСКАРМЛИВАНИЕ				Сроки введения первого прикорма					
	Исключительно грудное	Смешанное	Искусственное	Дата введения прикорма	Возраст ребенка	Вид прикорма			
С какого возраста									
По какой возраст									
ПРИЧИНЫ ПЕРЕВОДА РЕБЕНКА				ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАХИТА					
На смешанном вскармливании		На искусственном вскармливании		Цель назначения	Назначение витамина Д			Ультрафиолетовое облучение	
1			1		Вид препарата	Разовая доза и периодичность приема	Дата назначения		Дата отмены
1	Болезнь матери		1	Профилактическая					
2	Отсутствие матери		2						
3	Гиперталактия		3	Лечебная					
4	Отсутствие лактации		4						
5	Выход на работу (учебу)		5						
6	По желанию матери		6						
7	Особенности и патологические состояния ребенка		7	Результаты обследования на ФКУ, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром, муковисцидоз					
8	Другие причины		8		Дата взятия анализа	Дата получения результатов	Результат		
Примечание : Соответствующие цифры обводятся кружком при переводе на смешанное вскармливание в колонке слева , на искусственное – в колонке справа				ФКУ					
				Врожденный гипотиреоз					
				Адреногенитальный синдром					
				Муковисцидоз					

X. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА 1-го ГОДА ЖИЗНИ			
Дата осмотра			
Возраст ребенка	6 месяц	9 месяца	12 месяцев
Масса (вес)			
Рост			
Окружность грудной клетки			
Окружность головы, размер большого родничка			
Состояние питания			
Физическое развитие			
Нервно-психическое развитие			
Осмотр врача-педиатра/врача общей практики - семейного врача			
Осмотр невролога			
Осмотр офтальмолога			
Осмотр ортопеда-травматолога			
Осмотр хирурга			
Осмотр отоларинголога			
Другие специалисты			
Вывод, назначения			
Врач (фамилия, подпись)			

XI. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА 2-го ГОДА ЖИЗНИ				
Дата осмотра				
Возраст ребенка	1 год 3 месяца	1 год 6 месяцев	1 год 9 месяцев	2 года
Масса (вес)				
Рост				
Окружность грудной клетки				
Окружность головы, размер большого родничка				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр врача-педиатра/врача общей практики - семейного врача				
Осмотр невролога				
Осмотр офтальмолога				
Осмотр ортопеда-травматолога				
Осмотр хирурга				
Осмотр гинеколога				
Осмотр отоларинголога				
Осмотр стоматолога				
Определение гемоглобина				
Вывод, назначения				
Врач (фамилия, подпись)				

XII. ЭТАПНЫЕ ЭПИКРИЗЫ НА 1-ом ГОДУ ЖИЗНИ					
Краткие анамнестические данные					
Общие выводы	В 1 месяц дата _____	В 3 месяца дата _____	В 6 месяцев дата _____	В 9 месяцев дата _____	В 12 месяцев дата _____
Характер вскармливания					
Количество зубов	*	*			
Размер большого родничка					
Уровень физического развития (оценка)					
Уровень нервно-психического развития (оценка)					
Перенесенные острые заболевания					
Лабораторные исследования: крови (общий, на сахар), мочи, кала (на яйца глистов)					
Наличие хронических заболеваний					
Вывод о состоянии здоровья					
Врач (фамилия, подпись)					

XIII. РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРНЫХ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА 2-го и 3-го ЛЕТ ЖИЗНИ						
	Кварталы 2-го года жизни				Полугодие 3-го года жизни	
Дата осмотра						
Масса (вес)						
Рост						
Окружность грудной клетки						
Окружность головы						
Состояние питания						
Физическое развитие						
Нервно-психическое развитие						
Осмотр врача-педиатра/врача общей практики - семейного врача						
Осмотр ортопеда-травматолога						
Осмотр стоматолога						
Осмотр офтальмолога						
Осмотр невролога						
Осмотр гинеколога						
Осмотр отоларинголога						
Осмотр хирурга						
Лабораторные исследования: крови (общий, на сахар), мочи, кала (на яйца глистов)						
Вывод, назначения						
Врач (фамилия, подпись)						

Продолжение приложения № 15

XIV. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА от 4-х до 7-ми ЛЕТ (6 лет 11 месяцев 29 дней)				
	4 года	5 лет	6 лет	7 лет
Дата осмотра				
Масса (вес)				
Рост				
Физическое развитие, окружность грудной клетки				
Нервно-психическое развитие				
Осмотры: врача-педиатра/врача общей практики– семейного врача				
детского хирурга				
ортопеда-травматолога				
офтальмолога				
отоларинголога				
невролога				
логопеда				
стоматолога				
психиатра				
фтизиатра				
Лабораторные исследования: крови (общий, на сахар), мочи, кала (на яйца глистов)				
Допуск к занятиям по физкультуре (группа)				
Вывод, назначения				
Врач (фамилия, подпись)				

XV. ДАННЫЕ О НОВОРОЖДЕННОМ	
Дата выписки из роддома (отделения) _____	Дата получения сообщения о новорожденном из роддома (отделения) _____
Место для приклеивания талона 3 обменной карты роддома (родильного отделения больницы)	

XVI. ПЕРВИЧНЫЙ ВРАЧЕБНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО НА ДОМУ

16.1. АНАМНЕЗ. Ребенок (мальчик/девочка) от _____ беременности, доношенный/недоношенный, роды: физиологические/патологические, срочные/преждевременные

(необходимо подчеркнуть, вписать)

Гестационный возраст _____ недель, вес при рождении _____ г, вес при выписке _____ г, длина тела _____ см, окружность головы _____ см.

Вредные привычки родителей (при наличии) _____

социальное положение семьи _____

хронические, наследственные заболевания родителей, аллергические реакции (при наличии) _____ контакт по туберкулезу, ВИЧ/СПИДу _____

Прививка: БЦЖ - (+), (-) _____ против вирусного гепатита В - (+) (-) _____

(если не проводилось - указать причину)

(если не проводилось - указать причину)

Обследование на: ФКУ - (+), (-) _____ врожденный гипотиреоз - (+) (-) _____

(если не проводилось - указать причину)

(если не проводилось - указать причину)

Обследование на адено-гештальный синдром _____ муковисцидоз _____

(если не проводилось - указать причину)

(если не проводилось - указать причину)

16.2. ОСМОТР ОРГАНОВ И СИСТЕМ. Общее состояние ребенка: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, температура тела _____ °С.

(необходимо подчеркнуть, вписать)

Форма головы _____, родничок большой _____, родничок малый _____, черепные швы _____.

Положение: активное, вынужденное _____, мышечный тонус конечностей: умеренный гипертонус, гипотонус _____

движения: симметричные, несимметричные, выражены безусловные рефлексы: поисковый, хоботковый, хватательный, Моро, ползания _____

реакция: на свет - (+) (-); на звук - (+), (-) _____ стигмы дисэмбриогенеза _____

Кожа: чистая, розовая, бледно-розовая, бледная, цианоз _____

Наличие: высыпаний _____, желтухи (интенсивность и распространенность) _____

Состояние слизистой полости рта: чистая, гиперемированная, пораженная молочницей _____

Выделения из глаз: отсутствуют, прозрачные, гнойные _____.

Пуповинный остаток: подсыхает, сухой, чистый, кровоточит/не кровоточит, гнойные выделения, покраснения _____, клемма - (+) (-).

Органы дыхания: грудная клетка симметричная _____, частота дыхания _____,

втягивания грудной клетки - (+), (-) апноэ - (+), (-) аускультативно _____.

Сердечно-сосудистая система: сердечный ритм _____, тоны сердца _____, шум _____.

частота сердечных сокращений _____, пульс на бедренных артериях: достаточного наполнения, пальпируется симметрично с обеих сторон.

Живот: округлой формы, мягкий _____.

Органы пищеварения: печень _____ см, нижний край _____, селезенка: не пальпируется, увеличенная _____.

Мочеполовая система: половые органы женского типа, мужского типа, половые органы мальчика - оба яичка в мошонке _____.

стул _____, мочевыделение _____.

Костно-мышечная система: разведение ног в тазобедренных суставах полное, ограниченное _____, укорочение нижней конечности - (+), (-) _____ симптом Ортолани - (+), (-) _____ симптом Барлоу - (+), (-) _____, асимметрия складок на бедрах - (+), (-) _____ неодинаковое количество складок на бедрах _____.

Врожденные аномалии развития ребенка _____

16.3. ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ: грудное, смешанное, искусственное, _____ раз в сутки, по _____ г. адаптированное/неадаптированное _____ состояние грудных желез матери _____, прикладывание к груди: правильное, эффективное, безопасное _____.

(необходимо подчеркнуть, вписать)

16.4.
ПРОФИЛАКТИКА
РАХИТА

(указать назначение - витамин D (доза, длительность приема), ультрафиолетовое облучение)

16.5. ПРИЗНАКИ, УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ РЕБЕНКА, ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ К МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ:

плохой аппетит;	выдох со стоном;
двигательная активность только при стимуляции;	значительное втягивание грудной клетки во время выдыхания;
температура тела ≥ 38 °C;	судороги;
температура тела $< 35,5$ °C;	желтуха ладоней и ступней в любом возрасте.
частота дыхания ≥ 60 в минуту;	

16.6. КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

16.6.1. Исключительно грудное вскармливание.

16.6.2. Основы ухода за новорожденным:

эмоциональный контакт семьи с ребенком;

соблюдение теплового режима с целью предупреждения гипотермии новорожденного;

уход за пупочной ранкой, пуповинным остатком;

профилактика несчастных случаев;

профилактика синдрома внезапной смерти (правильное положение в кроватке, не курить в помещении, где находится ребенок, избегать перегревания);

другие вопросы гигиены.

16.7. ПЛАН НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ (НАЗНАЧЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ): _____	
16.8. РОДИТЕЛЯМ ПРЕДОСТАВЛЕНА ИНФОРМАЦИЯ О ГРАФИКЕ РАБОТЫ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ/НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ НЕОТЛОЖНОЙ И СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. Следующий осмотр дома " ____ " _____ 20 ____ г. Родители ознакомлены _____	
Дата патронажа _____ (число, месяц, год)	Врач-педиатр/врач общей практики - семейный врач _____ (фамилия, подпись)

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 2 месяца

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 3 месяца

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам

Осмотр тазобедренных суставов

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 4 месяца

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____ Подпись врача/медицинской сестры _____ Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 5 месяцев

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 6 месяцев

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 7 месяцев

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 8 месяцев

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 9 месяцев

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 10 месяцев

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 11 месяцев

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 12 месяцев

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 18 месяцев (1,5 года)

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 24 месяца (2 года)

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

Обязательный медицинский профилактический осмотр ребенка
Возраст – 36 месяцев (3 года)

Анамнез за предшествующий период _____

Осмотр по органам и системам _____

Осмотр тазобедренных суставов _____

Оценка вскармливания и питания ребенка _____

Оценка психомоторного развития ребенка _____

Диагноз _____

Консультация по вскармливанию и питанию _____

Консультация по уходу с целью развития _____

Дополнительное обследование (по показаниям), обоснование в необходимости назначений _____

Дата следующего осмотра _____

Подпись врача/медицинской сестры _____

Подпись матери _____

**Приложение № 16
к приказу Министерства здравоохранения
Луганской Народной Республики
от «21» апреля 2021 года № 253-ОД**

<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <hr/> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <input type="text"/></p>	<p align="center">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p align="center">Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p align="center">№ 138/у</p> <p align="center">УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от « ____ » _____ 2021 года № _____</p>	<p>Наименование министерства, другого органа государственной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит медицинская организация</p> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) медицинской организации, в которой заполняется форма</p> <hr/> <p>ОГРН ЕГРЮЛ <input type="text"/></p>	<p align="center">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p align="center">Форма первичной учетной медицинской документации</p> <p align="center">№ 138/у</p> <p align="center">УТВЕРЖДЕНА приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от « ____ » _____ 2021 года № _____</p>
<p align="center">КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН к справке № _____ о временном освобождении от работы (учебы) по уходу за больным ребенком</p>		<p align="center">СПРАВКА № _____ о временном освобождении от работы (учебы) по уходу за больным ребенком</p>	
<p>Дата выдачи " _____ " _____ 20 ____ года 1. Фамилия, имя, отчество освобожденного от работы (учебы):</p>	<p>Л И Н И Я О Т Р Е З А Л И Н И Я О Т Р Е З А</p>	<p>Дата выдачи " _____ " _____ 20 ____ года 1. Фамилия, имя, отчество освобожденного от работы (учебы):</p>	<p>Дата выдачи " _____ " _____ 20 ____ года 1. Фамилия, имя, отчество освобожденного от работы (учебы):</p>
<p>2. Место работы:</p>		<p>2. Место работы:</p>	<p>2. Место работы:</p>
<p>3. Домашний адрес:</p>		<p>3. Домашний адрес:</p>	<p>3. Домашний адрес:</p>
<p>4. Сведения о ребенке:</p>		<p>4. Сведения о ребенке:</p>	<p>4. Сведения о ребенке:</p>
<p align="center">(фамилия, имя, возраст)</p>		<p align="center">(фамилия, имя, возраст)</p>	<p align="center">(фамилия, имя, возраст)</p>
<p>5. Диагноз:</p>		<p>5. Диагноз:</p>	<p>5. Диагноз:</p>
<p>6. Наименование образовательной организации (учреждения)</p>		<p>6. Наименование образовательной организации (учреждения)</p>	<p>6. Наименование образовательной организации (учреждения)</p>
<p align="center">(подчеркнуть, вписать)</p> <p>7. Освобожден(на) от работы (учебы): с _____ по _____ 20 ____ года с _____ по _____ 20 ____ года</p>		<p align="center">(подчеркнуть, вписать)</p> <p>7. Освобожден(на) от работы (учебы): с _____ по _____ 20 ____ года с _____ по _____ 20 ____ года</p>	<p align="center">(подчеркнуть, вписать)</p> <p>7. Освобожден(на) от работы (учебы): с _____ по _____ 20 ____ года с _____ по _____ 20 ____ года</p>
<p align="center">М.П.</p> <p align="center">Фамилия врача, выдавшего справку (разборчиво) _____ Подпись получившего справку _____</p>	<p>8. Приступить к работе (учебе) с " _____ " _____ 20 ____ года. Должность и фамилия врача МП. _____</p>	<p align="center">Подпись врача Подпись зав. отд.</p>	