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 адрес осуществления медицинской деятельности) |  | Медицинская документация Учетная форма № 079/у |
|  | Утверждена приказом Министерства |
| Основной государственный регистрационный номер |  | здравоохранения Российской Федерацииот 13 мая 2025 г. № 274н |
| (Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**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 выявления 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 медицинского 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. |