

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

для сопровождающего детской делегации, направляемого
в ФГБОУ Всероссийский детский центр «Океан»

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения « ____ » _____ 19 __ года.

Образование _____

Место работы, занимаемая должность _____

Рабочий телефон _____

Домашний телефон _____

Адрес местожительства _____

(индекс, полный почтовый адрес, телефон)

МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

Анамнез (данные о перенесённых в прошлом заболеваниях, в том числе, инфекционных, травмах и т. п.)

Аллергоанамнез _____

Состоит ли на диспансерном учёте (диагноз, дата последнего обострения) _____

СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

(даты проведения прививок)

Прививки согласно Национального календаря профилактических прививок (дифтерия, корь, краснуха, вирусный гепатит В, грипп, вирусный клещевой энцефалит) _____

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

(номера анализов, результаты)

Общий анализ крови (развёрнутый) _____

Кровь на ЭДС, мазок на гонорею _____

Общий анализ мочи _____

Анализ кала на яйца глистов, цисты, лямблий _____

Флюорография _____

Обследование на энтеробиоз _____

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ

Хирург _____

Дерматовенеролог _____

Нарколог _____

Психиатр _____

Терапевт _____

Диагноз _____

Сопутствующие заболевания _____

ВРАЧЕБНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о возможности направления во Всероссийский детский центр «Океан»

М. П

Врач-терапевт

(Ф.И.О.)

Руководитель учреждения
здравоохранения

_____ (Ф.И.О.)

Наименование и адрес
лечебно-профилактического
учреждения, выдавшего карту

