

ОБОВ'ЯЗКОВО ЗАПОВНИТИ!

1. Чи перебуває дитина на диспансерному обліку - так чи ні
2. Чи будете проводити щеплення та реакцію Манту - так чи ні _____ підпис батьків
3. **Флюорографія: у 15 років** _____
у 17 років _____
4. **Зріст** _____ **см.**
5. **Вага** _____ **кг.**
6. **Зір** _____

Найменування центрального, місцевого органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління яких перебуває загальноосвітній навчальний заклад, або найменування (прізвище, ім'я, по батькові) засновника (власника) загальноосвітнього навчального закладу приватної форми власності	Медична документація Форма первинної облікової документації № <u>0 86 - 2 / 0 </u>
Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, відповідальні особи якого заповнили цю	
Код за ЄДРПОУ	

КАРТА профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем

1. Прізвище, ім'я, по батькові учня _____
2. Місце проживання, телефон учня _____
3. Дата народження учня _____ 4. Стать ч ж
5. Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас _____
6. Дата проведення попередньої профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем: _____
7. Дата проведення профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем: _____
8. Рекомендації (з урахуванням віку дитини та проведеної профілактичної роботи) _____

9. Дата проведення наступної профілактичної роботи з учнем, його батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем _____
10. Дата заповнення Карти _____ 20__ року 11. Підпис лікаря _____ (П.І.Б.)
Місце печатки _____

Назва центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад	Медична документація Форма первинної облікової документації N <u>0 86 - 1 / 0 </u>
Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, відповідальні особи якого заповнили цю форму	
Код закладу за ЄДРПОУ	

ДОВІДКА учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного профілактичного огляду

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
2. Місце проживання, телефон _____
3. Дата народження _____ 4. Стать ч ж
5. Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас _____
6. Дата проведення обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
7. Дата проведення попереднього обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
8. Висновок (у разі якщо учень має захворювання, вказується діагноз згідно з МКХ 10 або повна назва захворювання за бажанням одного з батьків або іншого законного представника учня, на якого заповнюється форма): _____
9. Група для занять фізичною культурою _____
10. Рекомендації (відповідно до клінічного протоколу медичного догляду за дітьми віком від 3 до 17 років) _____
11. Дата проходження наступного обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
12. Дата заповнення довідки "_____" _____ 20__ року 13. Підпис лікаря _____ (П. І. Б.) Місце печатки _____
14. **Проба Руф'є** _____ (без проби Руф'є не допускається до занять з фізичної культури)