

ПОРЯДОК

МЕДИЦИНСКОГО ОТБОРА И ПРАВИЛА НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ в ФГБОУ «МДЦ «Артек»

ПРИЛОЖЕНИЕ К ПРИКАЗУ МИНЗДРАВСОПРАЗВИТИЯ РФ № 363 ОТ 16.04.2012 г.

«В ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ ДЕТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ И С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ В СТАДИИ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ, НЕ НУЖДАЮЩИЕСЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ КОРРЕКЦИОННО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ (ДИЕТА, СПЕЦ. РЕЖИМ, ЛЕЧЕБНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПО ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ) И НЕ ИМЕЮЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ АКТИВНОГО ОТДЫХА».

1. Медицинская карта (форма № 159/у-02), до «Эпикриза» заполняется участковым врачом-педиатром с комплексной оценкой состояния здоровья ребенка за две недели до начала срока путевки.
2. В ФГБОУ «МДЦ «Артек» направляются: летний период в возрасте 8-16 лет; зимний период в возрасте 10-16 лет.
3. Справка или отметка об отсутствии контакта с инфекционными больными в школе (классе) и по месту жительства выдается амбулаторно-поликлиническим учреждением или в центрах Госсанэпиднадзора за 3 дня до отъезда. Справка прилагается к медицинской карте.
4. Дети должны быть привиты по возрасту и с учетом эпидемиологической ситуации на территории.
5. Санация полости рта обязательна.
6. Дети, не имеющие перечисленных медицинских документов или имеющие противопоказания по состоянию здоровья, возвращаются обратно с сопровождающим лицом за счет направившей организации. Сведения о неправильном отборе детей направляются в территориальные органы здравоохранения.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ
в ФГБОУ «МДЦ «Артек»**

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции;
2. Хронические заболевания в стадии обострения.
3. Бактерионосительство инфекционных заболеваний;
4. Инфекционные болезни глаз и кожи, паразитарные заболевания;
5. Туберкулез любой локализации в активной стадии;
6. Злокачественные новообразования любой локализации, требующие лечения, в том числе проведения химиотерапии, в ремиссии менее 1 года;
7. Все формы эпилепсии, включая судорожный синдром любой этиологии;
8. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения и (или) представляющие опасность для больного и окружающих;
9. Психические расстройства, сопровождающиеся нарушениями настроения, поведения и социальной адаптации (при отсутствии сопровождения ребенка законным представителем ребенка или иным лицом на основании доверенности, заверенной в установленном порядке);
10. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.
11. Сахарный диабет.
12. Бронхиальная астма, ремиссия менее 1 года.
13. Болезни органов пищеварения, сопровождающиеся значительным дефицитом веса и отставанием в физическом развитии, печеночная недостаточность.
14. Болезни мочевыделительной системы с нарушением функций, почечная недостаточность.
15. Системные заболевания соединительной ткани.
16. Тяжелые нарушения опорно-двигательного аппарата, последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин, требующие индивидуальной помощи и ухода.
17. Болезни системы кровообращения. Сердечно-сосудистая недостаточность.
18. Болезни органов дыхания. Дыхательная недостаточность.
19. Анемии и другие болезни крови и кроветворных органов.



Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма № 159/у-02
Утверждена Минздравом России
«20» февраля 2002 г. № 58

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ребенка, направляемого в ФГБОУ «МДЦ «Артек»

Лагерь _____ Дата прибытия «___» _____ 20 ____ г.

Смена № _____ Отряд № _____ Путевка № _____

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения «___» _____ г. Класс _____

Адрес места жительства _____

(индекс, почтовый адрес, домашний телефон)

Страховой полис обязательного медицинского страхования _____

Серия _____ № _____
(наименование страховой компании)

Мать* _____
(фамилия, имя отчество)

_____ (место работы, телефон)

Отец* _____
(фамилия, имя отчество)

_____ (место работы, телефон)

* - лица, их заменяющие

СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ РЕБЕНКА

Анамнез (данные о развитии ребенка, травмах, перенесенных заболеваниях, в том числе инфекционных, аллергоанамнез)

Состоит на диспансерном учете (диагноз, с какого времени, дата последнего обострения)

Примечание: Настоящая карта заполняется на основании медицинских данных, содержащихся в форме № 112/у «История развития ребенка», форме № 063/у «Карта профилактических прививок».

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Физическое развитие вес _____, рост _____

Нервно-психическое развитие _____

Группа здоровья I II III (нужное обвести)

Медицинская группа для занятий физической культурой:

Основная, Подготовительная, Специальная (нужное подчеркнуть)

Режим - общий, щадящий (нужное подчеркнуть)

ДИАГНОЗ ОСНОВНОЙ: _____

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: _____

ВРАЧЕБНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ _____

Дата заполнения «__» _____ 20 г. Врач _____
фио

Отметка об отсутствии (наличии) контакта с инфекционным больным у ребенка по месту пребывания, учебы перед прибытием в ФГБОУ «МДЦ «Артек» в течение 21 дня.

Дата заполнения «__» _____ 20 г. Врач _____
фио

М.П.
Главный врач _____
подпись фамилия, имя

ДАнные О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

таблица заполняется полностью

Прививки	Название препарата	Дата введения						Доза	Серия
		вакцинация			ревакцинация				
		V1	V2	V3	RV1	RV2	RV3		
ТВС									
Полиомиелит									
Коклош, дифтерия, столбняк									
Корь									
Краснуха									
Эпидпаротит									
Гепатит В									
Клещевой энцефалит (весенне-летний период)									
Грипп									

ИЛИ ПРИЛАГАЕТСЯ КСЕРОКОПИЯ СЕРТИФИКАТА ПРИВИВОК УЧЕТНАЯ ФОРМА № 63

Осмотр на педикулез, контагиозные кожные заболевания:

-выявлен, -нет. Проводилась санобработка: -да, -нет.

Дата осмотра «__» _____ 20 г. Врач _____ (_____)

ДАнные ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Общий анализ крови _____ «__» _____ 20 г.

Общий анализ мочи _____ «__» _____ 20 г.

Анализ кала на я/гельм. _____ «__» _____ 20 г.

Флюорография (с 15 лет) или реакция Манту _____ «__» _____ 20 г.

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

остается в ФГБОУ «МДЦ «Артек»

Эффективность пребывания (динамика антропометрических показателей, функциональных проб, изменений в соматическом статусе, физическом развитии и т.д.)

Эффективность оздоровления:

выраженный оздоровительный эффект, слабый, отсутствует (нужное подчеркнуть)

Перенесенные заболевания, травмы (в период пребывания в ФГБОУ «МДЦ «Артек»)

Контакт с инфекционными больными _____

Диагноз при выбытии из ФГБОУ «МДЦ «Артек» _____

Рекомендации _____

Оставлен (а) до выздоровления _____

(дата, место госпитализации, диагноз)

Оставлен(а) на повторную смену _____

«__» _____ 200 г. Врач _____

ОТРЫВНОЙ ТАЛОН

подлежит возврату в детскую поликлинику по месту жительства ребенка

Ребенок _____
(Фамилия Имя Отчество, возраст)

Находился в ФГБОУ «МДЦ «Артек» с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

в детском лагере _____

Эффективность пребывания (динамика антропометрических показателей, функциональных проб, изменений в соматическом статусе, физическом развитии и т.д.)

Эффективность оздоровления:

выраженный оздоровительный эффект, слабый, отсутствует (нужное подчеркнуть)

Перенесенные заболевания, травмы (в период пребывания в центре)

Контакт с инфекционными больными _____

Диагноз при выбытии из ФГБОУ _____

Рекомендации _____

Оставлен (а) до выздоровления _____

(дата, место госпитализации, диагноз)

Оставлен(а) на повторную смену _____

«__» _____ 200 г. Врач _____