

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД

Наименование учреждения

Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация форма № 026/у–2000
Утверждена Министерством здравоохранения
Российской Федерации
«__» _____ № _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

РЕБЕНКА ДЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДОШКОЛЬНОГО,
НАЧАЛЬНОГО ОБЩЕГО, ОСНОВНОГО ОБЩЕГО, СРЕДНЕГО (ПОЛНОГО)
ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, УЧРЕЖДЕНИЙ НАЧАЛЬНОГО И СРЕДНЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ДЕТСКИХ ДОМОВ И
ШКОЛ-ИНТЕРНАТОВ

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

1.1. _____
(фамилия, имя, отчество ребенка)

1.2. Дата рождения _____ 1.3. Пол (м/ж) _____

1.4. Дом. адрес (или адрес интернатного учреждения) _____

1.5. Тел. м/жит. _____

1.6. Обслуживающая поликлиника _____ 1.7. Тел. _____

Месяц, год поступления	1.8. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ*						
	1.8.1. ДДУ		1.8.2. Учреждение общего среднего образования		1.8.3. Детский дом		
	1.8.1.1.	1.8.1.2.	1.8.2.1.		1.8.2.2.	1.8.3.1.	1.8.3.2.
			1.8.2.1.1.	1.8.2.1.2.			
Месяц, год поступления	1.8. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)						
	1.8.4. Школа-интернат			1.8.5. Учреждение начального профессионального образования		1.8.6. Учреждение среднего профессионального образования	
	1.8.4.1.		1.8.4.2.	1.8.5.1.	1.8.5.2.	1.8.6.1.	1.8.6.2.
	1.8.4.1.1.	1.8.4.1.2.					

* 4-м знаком кодируется характер учреждения: 1. — общее, 2. — коррекционное.

5-м знаком кодируется вид учреждения: 1. — с традиционным построением учебного процесса, 2. — с повышенным содержанием обучения.

1.9. Неблагоприятные профессионально-производственные факторы (для данного учреждения профессионального образования, с какого года) _____

1.10. АЛЛЕРГИЯ

<i>Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания</i>	<i>Аллерген</i>	<i>Возраст начала</i>	<i>Тип реакции</i>	<i>Год уст. диагноза</i>	<i>Примечания</i>

2. АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

<i>№ стр.</i>	<i>Родители</i>	<i>Фамилия, И.О.</i>	<i>Г/рождения</i>	<i>Образование*</i>	<i>Раб/тел.</i>
2.1.	Мать				
2.2.	Отец				

* 3-м знаком кодируется уровень образования: 1. - б/обр., 2. - н/ср., 3. - ср., 4. - ср.-спец., 5. - н/высш., 6. - высш.

2.3. Характеристика семьи — полная, неполная (подчеркнуть).

2.4. Микроклимат в семье — благоприятный, неблагоприятный (подчеркнуть).

2.5. Наличие у ребенка места для отдыха и занятий: (комната, индивидуальный стол, нет).

2.6. Семейный анамнез (заболевания у родственников 1–2 поколения) _____

<i>Код</i>	<i>Вид занятий</i>	<i>Возраст/час. в неделю</i>												
		<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>					
2.7.1.	Спорт (указать какой, в т.ч. танцы)													
2.7.2.	Музыка													
2.7.3.	Иностранный язык													
2.7.4.	Другие занятия (указ.)													

2.8. Перенесенные заболевания

<i>Код</i>	<i>Заболевание</i>	<i>Дата</i>	<i>Код</i>	<i>Заболевание</i>	<i>Дата</i>
2.8.1.	Корь		2.8.9.	Брюшной тиф	
2.8.2.	Коклюш		2.8.10.	Туберкулез	
2.8.3.	Скарлатина		2.8.11.	Ревматизм	
2.8.4.	Дифтерия			Другие (указать какие)	
2.8.5.	Ветряная оспа		2.8.12.		
2.8.6.	Инфекционный паротит		2.8.13.		
2.8.7.	Краснуха		2.8.14.		
2.8.8.	Инфекционный гепатит		2.8.15.		

2.9. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

<i>Дата</i>	<i>Диагноз, вид вмешательства</i>	<i>Учреждение</i>

Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							
5.2.3. Паротит (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							
5.2.4. Корь (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							
5.2.5. Гепатит «В» (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							
5.2.6. Краснуха (дата)							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							

5.3. Прививки по эпидпоказаниям

5.3.1. Название, дата							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							
5.3.2. Название, дата							
Серия, доза							
Способ введения							
Реакция (немедленная, замедленная)							
Подпись							

5.4. Введение гамма-глобулина (по показаниям)

<i>Дата</i>	<i>Причина</i>	<i>Серия, доза</i>	<i>Реакция (немедленная, замедленная)</i>	<i>Подпись</i>

5.5. Реакция Манту							
Дата							
Результат							
Подпись							

5.6. Прививка против туберкулеза (БЦЖ)			
Дата			
Доза			
Серия			
Подпись			

6. Данные плановых профилактических медицинских осмотров

(6.1. - перед поступлением в ясли - сад, детский сад, 6.2. - за 1 год до школы, 6.3. - перед школой)

<i>Параметры, специалисты</i>	<i>6.1.</i>	<i>6.2.</i>	<i>6.3.</i>
Дата обследования			
Возраст (лет, месяцев)			
Длина тела			
Масса тела			
Жалобы			
Осмотры: Педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД — 3 раза)			
Ортопед			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Дерматолог			
Невролог			

Логопед (с 3-х лет)				
Стоматолог				
Психолог				
Другие				
Анализы	Крови			
	Кала			
	Мочи			
Заключительный диагноз (в т.ч., основной, сопутствующие заболевания)				
Оценка физического развития				
Оценка нервно-психического развития				
Группа здоровья				
Мед. гр. для занятий физкультурой				
Медико-педагогическое заключение				
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательные учреждения общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)				

Подпись врача-педиатра (участкового, образовательного учреждения)

6.4. В возрасте 7 лет (по окончании 1-го класса школы)

<i>Параметры, специалисты</i>	<i>Результаты осмотра</i>		
Дата обследования		Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра	
	Длина тела		Масса тела
Жалобы			Диагноз
Осмотры: педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД — 3 раза)			
Хирург			
Ортопед			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Дерматолог			
Невролог			
Логопед			
Стоматолог			
Психолог			
Другие			

Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующего заболевания)					
Оценка физического развития		Группа здоровья		Мед. группа для занятий физкультурой	
Оценка физической подготовленности			Анализы		Результаты
			Крови		
			Кала		
			Мочи		
Оценка нервно-психического здоровья					
Медико-педагогическое заключение					
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, перевод в др. образовательные учреждения общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)					

Подпись врача-педиатра (участкового, образовательного учреждения)

6.5. В возрасте 10 лет (переход к предметному обучению)

<i>Параметры, специалисты</i>	<i>Результаты осмотра</i>			
Дата обследования	Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра		Класс	
	Длина тела	Масса тела		
Половая формула	Мальчики	Р Ах Fa	Девочки	Р Ма Ах Ме
Х-ка менстр. ф-ции	Menarhe (лет, м-цев)		Menses (х-ка)	
Жалобы				Диагноз
Осмотры: педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин. АД — 3 раза)				

Эндокринолог			
Хирург			
Ортопед			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невролог			
Гинеколог			
Стоматолог			
Психолог			
Другие			
ЭКГ			
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующего заболевания)		Оценка уровня полового развития	
Оценка физической подготовленности		Анализы	Результаты
		Крови	
		Кала	
		Мочи	
Оценка физического развития	Группа здоровья		Мед. группа для занятий физкультурой
Оценка нервно-психического здоровья			
Медико-педагогическое заключение			
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, перевод в др. образовательные учреждения общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)			

Подпись врача-педиатра (участкового, образовательного учреждения)