

## **ТРЕБОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОТБОРА ПРИ ПРИЕМЕ ДЕТЕЙ В ДЕТСКИЕ ЛАГЕРЯ ТЕРРА ЮНИК**

1. Медицинская карта заполняется врачом-педиатром или врачом подросткового кабинета с комплексной оценкой состояния здоровья ребенка.
2. Все дети по приезду проходят медицинский осмотр. Те из них, кому противопоказано пребывание по состоянию здоровья не принимаются. Такие дети возвращаются по месту проживания с сопровождающим за счет отправляющей стороны.
3. Дети должны быть привиты по возрасту и с учетом эпидемиологической ситуации по месту проживания.
4. Медицинскими противопоказаниями для направления в Программу Детского Отдыха являются:
  - все заболевания в остром периоде;
  - все формы туберкулеза;
  - ревматизм в активном и межприступном периоде, до снятия с диспансерного учета;
  - приобретенные и врожденные пороки сердца и сосудов, в том числе оперированные;
  - гипертоническая болезнь;
  - заболевания крови и кроветворных органов;
  - эпилепсия, другие судорожные припадки и их эквиваленты;
  - острые психические заболевания и реактивные состояния;
  - бронхиальная астма;
  - язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки;
  - острый нефрит, пиелонефрит – не ранее 5 лет после стихания острого процесса, хронический нефрит, почечно-каменная болезнь, врожденные аномалии почек, сопровождающиеся нарушением их функции;
  - сахарный диабет;
  - все заразные, паразитные заболевания кожи (чесотка, грибковые поражения и др.)
5. При направлении реконвалесцентов после инфекционных заболеваний руководствоваться соответствующим приказом Министерства здравоохранения.
6. Нуждающиеся в санации зубов должны пройти эту процедуру до прибытия.
7. Дети, пораженные педикулезом, не принимаются. Они должны пройти санобработку до прибытия. В случае обнаружения педикулеза, ребенок проходит санобработку в медицинском учреждении, а родители оплачивают стоимость медицинских препаратов (~ 1000 руб).
8. Если ребенок покидает Программу Детского Отдыха до окончания срока путевки без обоснованной причины возврат денег не производится. Обоснованной причиной являются случаи, когда имеется заверенное врачом Программы Детского Отдыха заключение о необходимости оперативного вмешательства, госпитализации или невозможность нахождения.
9. Если ребенку по курсу лечения необходимо принимать какие-либо медицинские препараты, находящиеся у ребенка, родителю необходимо письменно уведомить об этом главного врача, сделав отметку в медицинской карте ребенка в графе «Дополнительная медицинская информация».
10. Лечение обостренных хронических заболеваний, являющихся противопоказаниями для направления ребенка и не указанных в медицинской карте ребенка, производится за счет ПОКУПАТЕЛЯ или родителей.

### **ВНИМАНИЕ Родителям!**

Приобретая Путевку Вы подтверждаете, что ознакомились с требованиями медицинского отбора и правилами направления детей в Программу Детского Оздоровительного Отдыха и утверждаете, что Ваш ребенок не имеет ограничений для пребывания.

Кроме того, Вы даете разрешение медицинскому персоналу в случае необходимости делать рентгеновские снимки, необходимые анализы, инъекции, осуществлять экстренное лечение Вашего ребенка в течение смены.

## МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА, НАПРАВЛЯЕМОГО НА ОТДЫХ

ФИО ребенка:	
Дата рождения:	

### МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

Анамнез:	
Данные о развитии ребенка, травмах, всех перенесенных заболеваниях, аллергоанамнез:	
Перенесенные инфекционные заболевания:	
Состоит на диспансерном учете (Диагноз, дата последнего обострения):	

### ДАнные ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА

Физическое развитие	
Нервно-психическое развитие	
Группа здоровья (I, II, III, IV):	Режим: общий/щадящий
Медгруппа для занятия физкультурой	основная/подготовительная/специальная
Дианоз основной	
Заключение	
Сопутствующие заболевания	
Дополнительная медицинская информация (заполняется родителями)	

### ДАнные ИЗ СЕРТИФИКАТА О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

Прививка	Препарат	Дата введения	Доза	Серия
Корь				
Дифтерия				
Коклюш				
Скарлатина				
Эпидпаротит				
ТВС				
Прочие				

### ОСМОТР НА ПЕДИКУЛЕЗ

Результат осмотра на педикулез: да\нет	Дата осмотра «__» _____ 200__ г.
Проводилась санитарная обработка: да\нет	
Дата осмотра на контактные кожные заболевания:	
Лечебно-профилактическое учреждение, которое выдало карту (Название Адрес Телефон)	
Врач ФИО	Подпись
Гл. врач ФИО	Подпись
Дата	Печать

### СПРАВКА ОБ ЭПИДОКРУЖЕНИИ

(оформляется не ранее, чем за 4 дня до заезда)

Выдана в том, что на протяжении последних 21 дня до дня выдачи, по месту жительства и месту учебы реципиента случаев инфекционных заболеваний и возможных контактов с носителями не наблюдалось/наблюдалось

Врач ФИО	Подпись
Дата	Печать

### Уважаемые медицинские работники, заполняющие медицинскую карту!

Администрация напоминает Вам об уголовной ответственности за внесение в медицинские документы ребенка заведомо ложных данных!