

# 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_