

**Карта
профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего: _____

Пол: муж./жен. (нужное подчеркнуть)

Дата рождения: _____

2. Полис обязательного медицинского страхования: серия _____ N _____

Страховая медицинская организация: _____

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета _____

4. Адрес места жительства (пребывания): _____

5. Категория: ребенок-сирота; ребенок, оставшийся без попечения родителей; ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации; нет категории (нужное подчеркнуть).

6. Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь: _____

7. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь: _____

8. Полное наименование образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний: _____

9. Адрес места нахождения образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний: _____

10. Дата начала профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (далее - профилактический осмотр): _____

11. Полное наименование и адрес места нахождения медицинской организации, проводившей профилактический осмотр: _____

12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент профилактического осмотра: _____ (число дней) _____ (месяцев) _____ лет.

12.1. Для детей в возрасте 0 - 4 лет: масса (кг) _____; рост (см) _____; окружность головы (см) _____; физическое развитие нормальное, с нарушениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужно подчеркнуть).

12.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет включительно: масса (кг) _____; рост (см) _____; нормальное, с нарушениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужно подчеркнуть).

13. Оценка психического развития (состояния):

13.1. Для детей в возрасте 0 - 4 лет:

познавательная функция (возраст развития) _____; моторная функция (возраст развития) _____;

эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции (возраст развития)

- _____;
- предречевое и речевое развитие (возраст развития)_____.
- 13.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет:
- 13.2.1. Психомоторная сфера: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).
- 13.2.2. Интеллект: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).
- 13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).
14. Оценка полового развития (с 10 лет):
- 14.1. Половая формула мальчика: P____Ax____Fa____.
- 14.2. Половая формула девочки: P____Ax____Ma____Me____; характеристика менструальной функции: menarthe (лет, месяцев)_____;
- menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, умеренные, скудные, болезненные и безболезненные (нужное подчеркнуть).
15. Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического осмотра:
Практически здоров _____ (код по МКБ <1>).
- 15.2. Диагноз _____ (код по МКБ).
- 15.2.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).
- 15.3. Диагноз _____ (код по МКБ).
- 15.3.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).
- 15.4. Диагноз _____ (код по МКБ).
- 15.4.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).
- 15.5. Диагноз _____ (код по МКБ).
- 15.5.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).
- 15.6. Диагноз _____ (код по МКБ).
- 15.6.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).
- 15.7. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).
- 15.8. Медицинская группа для занятий физической культурой: I, II, III, IV, не допущен (нужное подчеркнуть).
16. Состояние здоровья по результатам проведения настоящего профилактического осмотра:
- 16.1. Практически здоров _____ (код по МКБ).
- 16.2. Диагноз _____ (код по МКБ):
- 16.2.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).
- 16.2.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлен впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).
- 16.2.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).
- 16.2.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).
- 16.2.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).
- 16.2.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).
- 16.3. Диагноз _____ (код по МКБ):
- 16.3.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).
- 16.3.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлен впервые, не установлено (нужное подчеркнуть).
- 16.3.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да": в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть).

условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужно подчеркнуть).

16.7. Инвалидность: да, нет (нужное подчеркнуть); если "да":

с рождения, приобретенная (нужное подчеркнуть);

установлена впервые (дата) _____; дата
последнего освидетельствования _____.

16.8. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

16.9. Медицинская группа для занятий физической культурой: I, II, III, IV, не допущен
(нужное подчеркнуть).

17. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию,
физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической
культурой: _____

18. Рекомендации по проведению диспансерного наблюдения, лечению,
медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению: _____

Врач

(подпись)

_____ (И.О. Фамилия)

Руководитель

медицинской организации _____

(подпись)

_____ (И.О. Фамилия)

Дата заполнения " __ " _____ 20 __ г.

М.П.

<1> Международная статистическая классификация болезней и проблем,
связанных со здоровьем.

Примечание:

Все пункты Карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
заполняются разборчиво, при отсутствии данных ставится прочерк. Исправления не
допускаются.