

Довідка
учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного
профілактичного огляду

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
2. Місце проживання, телефон _____
3. Дата народження _____ 4. Стать: ☐ ч ☐ ж
5. Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас _____
6. Дата проведення обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
7. Дата проведення попереднього обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
8. Висновок (у разі якщо учень має захворювання, вказується діагноз згідно з МКХ 10 або повна назва захворювання за бажанням одного з батьків або іншого законного представника учня, на якого заповнюється форма): _____
9. Група для занять фізичною культурою _____
10. Рекомендації (відповідно до клінічного протоколу медичного догляду за дітьми віком від 3 до 17 років)
11. Дата проходження наступного обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
12. Дата заповнення довідки "___" _____ 20____ року
13. Батьки дитини з результатами ознайомлені _____
14. Підпис лікаря _____ (П. І. Б.)

Місце печатки

Зріст _____
Вага _____
Зір _____
Проба Руф'є _____

документація

Медична

облікової

Форма первинної

Документації N | 0 | 8 6

| / | 0 |

Карта профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем

1. Прізвище, ім'я, по батькові учня _____

2. Місце проживання, телефон учня _____

3. Дата народження учня _____ 4. Стать: ч ☐ ж ☐

5. Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас _____

6. Дата проведення попередньої профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем: _____

7. Дата проведення профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем _____

8. Рекомендації (з урахуванням віку дитини та проведеної профілактичної роботи) _____

9. Дата проведення наступної профілактичної роботи з учнем, його батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем _____

10. Дата заповнення Карти _____ 20____ року

11. Підпис лікаря _____ (П. І. Б.)

Місце печатки

Інформація про щеплення
