		Код форми за ЗКУД |__|__|__|__|__|__|__| Код закладу за ЗКПО |__|__|__|__|__|__|__|

{ Форму N 026/о "Медична карта дитини (для школи, школи-інтернату, школи-ліцею, дитячого будинку, дитячого садку)" виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я N 435 (z0990-13) від 29.05.2013 }

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N** |0|2|6|/|о| Затверджена наказом МОЗ України |2|7.|1|2.|9|9|р.| N |3|0|2|

МЕДИЧНА КАРТА ДИТИНИ

(для школи, школи-інтернату, школи-ліцею, дитячого будинку, дитячого садку)

Клас (заповнюється щорічно) _____ група	Алергія (вакцинальна, від ліків, алергічні захворювання)

Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____

_____ Дата народження |__|__|__|__|__|__|__| Стать: ч. - 1, ж. - 2 ☐

(число, місяць, рік)

Адреса _____

_____ Телефон _____

Поліклініка, що обслуговує N _____ Телефон _____

Відомості про батьків:

	Рік народження	Освіта	Місце роботи	Телефон
Батько				
Мати				

а) житлово-побутові умови _____

б) сімейний анамнез (захворювання) _____

_____

ПОЗАШКІЛЬНІ ЗАНЯТТЯ:

Спорт (так, ні, вид спорту) _____

Іноземна мова (так, ні) _____

Музика (так, ні) _____

Інші заняття _____

ПЕРЕНЕСЕНІ ХВОРОБИ

	Дата		Дата
Кір	_____	Інфекційний гепатит	_____
Кашлюк	_____	Дизентерія	_____
Скарлатина	_____	Черевний тиф	_____
Дифтерія	_____	Туберкульоз	_____
Вітряна віспа	_____	Ревматизм	_____
Інфекційний паротит	_____		
Краснуха	_____		

ВІДОМОСТІ ПРО ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ, САНАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ			
_____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

	Дата	Діагноз
Травми		
Операції		

ПРОПУСКИ ЧЕРЕЗ ХВОРОБУ					
Дата		Діагноз	Дата		Діагноз
від	до		від	до	
_____	_____	_____ _____	_____	_____	_____ _____
_____	_____	_____ _____	_____	_____	_____ _____
_____	_____	_____ _____	_____	_____	_____ _____
_____	_____	_____ _____	_____	_____	_____ _____
_____	_____	_____ _____	_____	_____	_____ _____
_____	_____	_____ _____	_____	_____	_____ _____
_____	_____	_____ _____	_____	_____	_____ _____

ВІДОМОСТІ ПРО ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ						
Діагноз	Взятий на облік (дата)	Знятий з обліку, причина (дата)	Контроль відвідувань спеціаліста			
			Призначено	З'явився	Призначено	З'явився

Дата	Дані огляду	Рекомендації
1	2	3

(Для тих, хто перебуває в поліклініці під диспансерним наглядом)

Дата	Дані огляду	Рекомендації
1	2	3

Дані флюорографічних (рентгенівських) досліджень		Дані лабораторних досліджень		
Дата	Результат	Аналізи	Дата	Результат
_____	_____	Крові	_____	_____
_____	_____	Сечі	_____	_____
_____	_____	Калу	_____	_____
_____ _____	_____ _____	_____	_____ _____	_____ _____

ДЕГЕЛЬМІНТИЗАЦІЯ						
Дата						
Результат						
Дата						
Результат						
САНАЦІЯ ПОРОЖНИНИ РОТА						
Дата						
Формула						
Результат						

ДАНІ ПОГЛИБЛЕНОГО МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ				
1. Дата обстеження				
2. Вік дитини				
3. Клас, група				
4. Зріст				
5. Вага				
6. Артеріальний тиск				
7. Суб'єктивні скарги				
8. Огляди: педіатром				
9. Ревматологом				
10. Ортопедом (хірургом)				
11. Офтальмологом				
12. Отоларингологом				
13. Невропатологом				
14. Дерматологом				

ДАНІ МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ					

	Результат, дата			
15. Логопедом				
16. Стоматологом				
17. Оцінка фізичного розвитку				
18. Висновок про стан здоров'я				
19. Група для занять фізичною культурою				
20. Рекомендації				

Підписи лікарів _____
(педіатр, спеціалісти) _____
_____
_____
_____

ПРОФІЛАКТИЧНІ ЩЕПЛЕННЯ*								
		Вакцинація			Ревакцинація			
		I	II	III	I	II	III	IV
Проти поліомієліту	Вік							
	Дата							
	Доза							
	Серія							
Проти дифтерії, кашлюка, правця	Вік							
	Дата							
	Доза							
	Серія							
Проти туберкульозу	Вік							
	Дата							
	Доза							
	Серія							

	Вік	Дата	Доза	Серія	Реакція на щеплення	
					загальна	місцева
Проти паротиту						
Проти кору						
Проти краснухи						
Проти гепатиту В Назва препарату _____						
Інші щеплення Назва препарату _____						
Реакція Манту					Результат	

_____
* З паралельним внесенням даних до карти імунізації ф. N 063-1/о

ПРОФЕСІЙНА КОНСУЛЬТАЦІЯ ІЗ ВКАЗІВКОЮ МЕДИЧНИХ ПРОТИПОКАЗАНЬ ДО ПРОФЕСІЇ	
Дата	Рекомендації

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ЗАНЯТЬ СПОРТОМ		
Дата	Вид спорту	Висновок

ДАНІ ПОТОЧНОГО МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ			
Дата	Дані огляду	Діагноз	Призначення
1	2	3	4