Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 076/о** ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _____ № ____

САНАТОРНО-КУРОРТНА КАРТА ДЛЯ ДІТЕЙ ВІКОМ 0–17 РОКІВ ВКЛЮЧНО

Дата заповнення _____
(число, місяць, рік)

І. ЗАГАЛЬНІ ДАНІ

1.1. Найменування, місцезнаходження (поштова адреса) та телефон закладу охорони здоров'я за місцем диспансерного нагляду дитини _____

1.2. Прізвище, ім'я, по батькові дитини

Дошкільний (загальноосвітній, професійно-технічний, вищий) навчальний заклад № _____
_____ клас (група) _____
(найменування навчального закладу)

1.3. Дата народження _____
(число, місяць, рік)

1.4. Місце проживання, телефон _____

1.5. Прізвище, ім'я, по батькові одного з батьків або опікунів, місце роботи, телефон _____

ІІ. МЕДИЧНІ ДАНІ

2.1. Анамнез: антропометричні дані, особливості розвитку, перенесені захворювання, травми (в якому віці) _____

2.2. Спадковість _____

2.3. Профілактичні щеплення (вказати дати проведення) _____

2.4. Анамнез зазначеного захворювання: з якого віку хворіє, особливості і характер перебігу, частота загострень, дата останнього загострення, лікування, яке проводиться (в тому числі протирецидивне), вказати, чи користувався санаторно-курортним лікуванням, скільки разів, де і коли, дата останнього відвідування дільничного педіатра, лікаря загальної практики-сімейного лікаря, наявність алергічних захворювань _____

2.5. Скарги в цей період _____

2.6. Дані об'єктивного огляду _____

2.7. Дані лабораторного, рентгенологічного та інших досліджень:
загальний аналіз сечі _____
Дата «____»_____20___ року
загальний аналіз крові _____
Дата «____»_____20___ року
аналіз калу на яйця гельмінтів _____ Дата «____»_____20___ року
аналіз калу на кишкову групу _____ Дата «____»_____20___ року
аналіз на дифтерію (із зіву і носа) _____
Дата «____»_____20___ року
флюорографія _____ Дата «____»_____20___ року
інші дослідження _____

Дата «____»_____20___ року

2.8. Діагноз основний _____

2.9. Супутні захворювання _____

2.10. Висновок щодо потреби дитини у супроводі одного з батьків або законних представників

2.11. Згода батьків (законних представників) на лікування дитини у санаторно-курортному закладі _____
(прізвище, підпис)

Лікуючий лікар _____
(прізвище, підпис)

М.П.

Завідувач відділення _____
(прізвище, підпис)

III. ВИСНОВОК САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ ВІДБІРКОВОЇ КОМІСІЇ (далі – СКВК)

3.1. Діагноз основний _____

3.2. Супутні захворювання _____

3.3. Рекомендоване санаторно-курортне лікування (вписати) _____

Голова комісії _____
(прізвище, підпис)

М.П.

Члени комісії _____
(прізвище, підпис)

Дата _____
(число, місяць, рік)