



**ПРИВАТНЫЙ ИЛИ ОБЩЕШКОЛЬНЫЙ  
МЕДОСМОТР  
РЕБЕНКА ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН / УЧАЩИЙСЯ:**  
Стр. 1 формы заполняется перед проведением  
медосмотра учащегося. Возьмите заполненный  
бланк формы с собой на прием.

Бюро общественного здравоохранения

Отдел школьного здравоохранения

ФИО учащегося \_\_\_\_\_

Сегодняшнее число \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Возраст на момент осмотра \_\_\_\_\_

Пол: М Ж

**Лекарственные препараты и аллергия:** укажите все рецептурные/безрецептурные препараты/БАДы (травяные/пищевые), которые учащийся принимает в настоящее время:

\_\_\_\_\_

Есть ли у учащегося аллергия?  Нет  Да (если «Да», укажите тип ниже)

Мед. препараты  Пыльца  Пища  Укусы насекомых

Ответьте «Да» или «Нет»; если вы затрудняетесь с ответом на вопрос, обведите его кружком.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ: УЧАЩИЙСЯ...	ДА	НЕТ
1. Имеет хронические заболевания? Если «Да», укажите какие: <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Анемия <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Инфек. заболевания Другое _____		
2. Был (-а) госпитализирован (-а) дольше 1 ночи?		
3. Перенес (-ла) хирург. вмешательство?		
4. Имел (-а) судорожные приступы?		
5. Имеет врожденное/приобретенное отсутствие почки, глаза, яичка (у мужчин), селезенки или любого другого органа?		
6. Испытывал (-а) недомогание во время занятий спортом в жару?		
7. Испытывал (-а) частые мышечные судороги при физнагрузке?		
ГОЛОВА/ШЕЯ/ПОЗВОНОЧНИК: УЧАЩИЙСЯ...	ДА	НЕТ
8. Испытывал (-а) головные боли при физнагрузке?		
9. Получал (-а) травму головы или сотрясение мозга?		
10. Получал (-а) травму головы, которая вызвала спутанность сознания, продолжительную головную боль или проблемы с памятью?		
11. Чувствовал (-а) онемение, покалывание или слабость в руках / ногах после удара или падения?		
12. Не мог (-ла) двигать руками / ногами после удара или падения?		
13. Замечал (-а) у себя или имеет диагноз искривление позвоночника / сколиоз?		
14. Имел (-а) проблемы с глазами (зрением) или травмы глаз?		
15. Учащему прописано ношение очков / контактных линз?		
СЕРДЦЕ/ЛЕГКИЕ: УЧАЩИЙСЯ...	ДА	НЕТ
16. Пользовался (-ась) ингалятором или принимал (-а) лекарства от астмы?		
17. Имеет диагностированные нарушения в работе сердца? Отметьте все, что применимо: <input type="checkbox"/> Шумы или сердечные инфекции <input type="checkbox"/> Высокое арт. давление <input type="checkbox"/> Болезнь Кавасаки <input type="checkbox"/> Повышенный холестерин <input type="checkbox"/> Другое: _____		
18. Был (-а) направлен (-а) врачом на обследование сердца (ЭКГ, эхокардиограмма и т.д.)?		
19. Испытывал (-а) приступ кашля, хрипы, затрудненное дыхание, одышку или чувство головокружения ПРИБЛИЖИТЕЛЬНО или ПОСЛЕ физнагрузки?		
20. Испытывал(-а) дискомфорт, боль, стеснение/давление в груди при физнагрузке?		
21. Испытывал(-а) учащ. сердцебиение/пропуски ударов сердца при физнагрузке?		
КОСТИ/СУСТАВЫ: УЧАЩИЙСЯ...	ДА	НЕТ
22. Имел (-а) перелом/трещину в кости/стрессовый перелом/вывих сустава?		
23. Травмировал (-а) мышцы, связки или сухожилия?		
24. Носил(-а) бандаж, гипс, костыль или ортез после травмы?		
25. Был(-а) направлен (-а) на рентген, МРТ, КТ, инъекцию или физиотерапию после травмы?		
26. Имел (-а) боли, отек, воспаление суставов, покраснение кожи в области сустава?		
КОЖА: УЧАЩИЙСЯ...	ДА	НЕТ
27. Имел (-а) высыпания, пролежни или другие проблемы с кожей?		
28. Имел (-а) проявления герпеса или стафилококковой инфекции (МРЗС)?		

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ СИСТЕМА: УЧАЩИЙСЯ...	ДА	НЕТ
29. Имел (-а) боли, болезненные выпуклости или грыжи в паховой области?		
30. Имеет в анамнезе инфекции мочевыводящих путей или энурез?		
31. ТОЛЬКО ДЛЯ ЖЕНСКОГО ПОЛА: Менструации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да»: в каком возрасте наступила первая менструация? ____ Количество менструация за последние 12 месяцев? _____ Дата начала последней менструации: _____		
РОТОВАЯ ПОЛОСТЬ:	ДА	НЕТ
32. Учащийся страдает от болей или проблем с зубами/деснами?		
33. ФИО стоматолога: _____ Последний стоматологический осмотр: <input type="checkbox"/> Менее 1 года <input type="checkbox"/> 1-2 года <input type="checkbox"/> более 2 лет		
СОЦИАЛИЗАЦИЯ/ОБУЧАЕМОСТЬ: УЧАЩИЙСЯ...	ДА	НЕТ
34. Имеет проблемы с обучаемостью, умственную отсталость, нарушения развития, когнитивные нарушения, СДВ/ гиперактивность и т.д.?		
35. Подвергался (-ась) школьной травле/издевательствам?		
36. Пережил (-а) горе, травму или другое значительное событие?		
37. Демонстрировал (-а) ли изменения в поведении, общении, успеваемости, привычках питания/сна; отстраненность от членов семьи или друзей?		
38. Испытывал (-а) тревогу, грусть или агрессию большую часть времени?		
39. Демонстрировал (-а) потерю энергии, мотивации, интереса или энтузиазма?		
40. Беспokoится по поводу своего веса: пытался (-ась) набрать/сбросить вес или получить рекомендации по набору/сбросу веса?		
41. Употреблял(-а) (употребляет в настоящее время) табак, алкоголь или наркотики?		
СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ:	ДА	НЕТ
42. Имеются ли в семье следующие заболевания? Отметьте все, что применимо: <input type="checkbox"/> Анемия/заболевания крови <input type="checkbox"/> Наслед. болезни/синдромы <input type="checkbox"/> Астма/легочная н-ть <input type="checkbox"/> Почечная н-ть <input type="checkbox"/> Нарушения поведения <input type="checkbox"/> Судорги <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Серповидноклеточная болезнь Другое _____		
43. Имеются ли в семье следующие сердечно-сосудистые заболевания? Отметьте все, что применимо: <input type="checkbox"/> Синдром Бругада <input type="checkbox"/> Синдром QT <input type="checkbox"/> Кардиомиопатия <input type="checkbox"/> Синдром Марфана <input type="checkbox"/> Высок. артериальное давление <input type="checkbox"/> Желудочковая тахикардия <input type="checkbox"/> Повышенный холестерин <input type="checkbox"/> Другое _____		
44. Наблюдались ли у кого-либо из членов семьи необъяснимые обмороки, судорожные приступы или случаи утопления?		
45. Имеются ли в анамнеза случаи смерти членов семьи/родственников в возрасте до 50 лет от проблемы с сердцем или их неожиданной/внезапной смерти (включая утопление, ДТП без установленной причины, синдром внезапной детской смерти)?		
ВОПРОСЫ И ЗАМЕЧАНИЯ	ДА	НЕТ
46. Имеются ли у родителей/опекунов/ учащихся вопросы или замечания к поставщику медицинских услуг, которые они хотели бы обсудить? (Если «Да», укажите их на стр. 4)		

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, вышеуказанная информация является полной и достоверной. Я даю согласие на обмен информацией о состоянии здоровья учащегося между школьной медсестрой и лечащими врачами.

Подпись родителя / опекуна / дееспособного учащегося \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ДО ПРОВЕДЕНИЯ МЕДОСМОТРА БЫЛА ИЗУЧЕНА ИСТОРИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩЕГОСЯ (стр. 1 данной формы):				ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Медосмотр для класса: К/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/>	ВЫБРАТЬ			*АБНОРМАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ / РЕКОМЕНДАЦИИ / НАПРАВЛЕНИЯ	
	НОРМА	* АБНОРМ. РЕЗ.Т	ОТЛОЖ.		
Рост: ( ) дюймов					
Вес: ( ) фунтов					
ИМТ: ( )					
ИМТ/Возраст: ( ) %					
Пульс: ( )					
Арт. давление: ( / )					
Состояние волос/кожи головы					
Состояние кожи					
Глаза/Зрение      Коррекция <input type="checkbox"/>					
Уши/слух					
Нос и горло					
Зубы и десна					
Лимфоузлы					
Сердце					
Легкие					
Брюшная полость					
Урогенитальная система					
Нейромышечная система					
Конечности					
Позвоночник (сколиоз)					
Другое					

ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ПРОБА	ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ	ДАТА ОЦЕНКИ	РЕЗУЛЬТАТ / ПОСЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

МЕДИЦИНСКИЕ СОСТОЯНИЯ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЮТ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, ОГРАНИЧЕНИЯ АКТИВНОСТИ ИЛИ МОГУТ ПОВЛИЯТЬ НА ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ

(Дополнительное место на стр. 4)

Присутствие родителя/опекуна на осмотре: Да  Нет

Медосмотр проведен: Кабинет поставщика медицинских услуг  Школа  Дата \_\_\_\_\_

проведения осмотра \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

ФИО специалиста (печатными буквами) \_\_\_\_\_

Адрес кабинета (печатными буквами) \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Подпись специалиста \_\_\_\_\_ MD  DO  PAC  CRNP

ПОСТАВЩИКИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: *сделайте ксерокопию карты вакцинации из личного дела учащегося — ИЛИ — вставьте информацию ниже.*

## ОСВОБОЖДЕНИЕ(-Я) ОТ ВАКЦИНАЦИИ:

Мед.  Дата выдачи: \_\_\_\_\_ Причина: \_\_\_\_\_ Дата аннулирования: \_\_\_\_\_

Мед.  Дата выдачи: \_\_\_\_\_ Причина: \_\_\_\_\_ Дата аннулирования: \_\_\_\_\_

Мед.  Дата выдачи: \_\_\_\_\_ Причина: \_\_\_\_\_ Дата аннулирования: \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ:** для освобождения от вакцинации на основании религиозных и философских убеждений родитель/опекун должен направить в школу письменный запрос.

ВАКЦИНА	ДОКУМЕНТ: (1) Тип вакцины; (2) Дата (месяц/день/год) проведения каждой вакцинации				
	1	2	3	4	5
Дифтерия/столбняк/коклюш (дети) Тип: DТaP, DTP или DT					
Дифтерия/столбняк/коклюш (подростки/взрослые) Тип: Tdap или Td					
Полномочелит Тип: OPV или IPV					
Гепатит В (HepB)					
Корь/свинка/краснуха (MMR)					
Диагностированное заболевание свинкой <input type="checkbox"/>	Дата: _____				
Ветряная оспа: Вакцина <input type="checkbox"/> Иммунитет <input type="checkbox"/>					
Серология: (тест на антиген/дата/ПЛЖ или ОТРЦ) например, гепатит В, корь, краснуха, ветряная оспа					
Менингококковая конъюгированная вакцина (MCV4)					
Вирус папилломы человека (ВПЧ) Тип: HPV2 или HPV4					
Грипп Тип: TIV (инъекционная) LAIV (назальная)					
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Гемофильная инфекция типа b (Hib)					
Пневмококковая конъюгированная вакцина (PCV) типа: 7 или 13					
Гепатит А (HepA)					
Ротавирус					
<b>Другие вакцины: (тип и дата)</b>					

