

Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «14» апреля 2025 г. № 2114

Наименование и адрес медицинской организации  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)  
индивидуального предпринимателя и адрес  
осуществления медицинской деятельности)  
ОГРН (ОГРНИП)

Код формы по ОКУД

Медицинская документация  
Учетная форма № 030-ПО/у

Утверждена приказом Минздрава России  
от «  »            202 г. №   

**Карта  
профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего**

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

Пол:  мужской/  женский

Дата рождения: \_\_\_\_\_

2. Полис обязательного медицинского страхования: № \_\_\_\_\_

Страховая медицинская организация: \_\_\_\_\_

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета: \_\_\_\_\_

4. Адрес:  
места жительства (постоянной регистрации): \_\_\_\_\_

фактического проживания (пребывания): \_\_\_\_\_

5. Категория:  ребенок-сирота;

ребенок, оставшийся без попечения родителей;

ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации;

нет категории.

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.

12.2. Для детей в возрасте 5 – 17 лет включительно:

масса (кг) \_\_\_\_\_; рост (см) \_\_\_\_\_;

физическое развитие:  нормальное,  с нарушениями:  дефицит массы тела  
 избыток массы тела  
 низкий рост  
 высокий рост.

12.3. Для всех детей:

12.3.1. Индекс массы тела (ИМТ) \_\_\_\_\_;

12.3.2. SDS ИМТ \_\_\_\_\_.

13. Оценка психического развития (состояния):

13.1. Для детей в возрасте 0 – 4 лет:

жалобы: \_\_\_\_\_;

познавательная функция (возраст развития) \_\_\_\_\_;

нарушение когнитивных функций  нет/ да \_\_\_\_\_;

нарушение учебных навыков  нет/ да \_\_\_\_\_;

моторная функция (возраст развития) \_\_\_\_\_;

эмоциональные нарушения  нет/ да \_\_\_\_\_;

предречевое развитие (гуление, лепет)  да/ не активно / нет;

речевое развитие (возраст развития) \_\_\_\_\_;

понимание речи  да/ частично / нет;

активная речь  да/ не пользуется/ нет;

нарушение коммуникативных навыков  нет/ да \_\_\_\_\_;

сенсорное развитие  развито/ частично развито/ не развито.

13.2. Для детей в возрасте 5 – 17 лет:

жалобы: \_\_\_\_\_;

внешний вид  опрятен/ не опрятен;

доступен к контакту  да/ частично доступен/ нет;

фон настроения  ровный/ лабильный/

дисфоричный/ тревожный;

обманы восприятия  да/ нет;

- интеллектуальная функция  без особенностей/ нарушена;  
 нарушения когнитивных функций  нет/ да \_\_\_\_\_;  
 нарушение учебных навыков  да/ нет;  
 суицидальные наклонности  да/ нет;  
 самоповреждения  есть/ нет;  
 социальная сфера  нарушена/ не нарушена.

## 14. Оценка полового развития (с 10 лет):

14.1. Половая формула мальчика: Ах \_\_\_\_\_ Р \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ Те \_\_\_\_\_;

14.2. Половая формула девочки: Р \_\_\_\_\_ Ах \_\_\_\_\_ Ма \_\_\_\_\_ Ме \_\_\_\_\_;

## 14.3. Характеристика менструальной функции:

menarhe (лет, месяцев) \_\_\_\_\_;

- menses (характеристика):  регулярные/ нерегулярные,  
 обильные/ умеренные/ скудные  
 болезненные/ безболезненные.

## 15. Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического осмотра:

15.1. Практически здоров \_\_\_\_\_ Код по МКБ <sup>1</sup> \_\_\_\_\_.

15.2. Диагноз \_\_\_\_\_ Код по МКБ \_\_\_\_\_.

15.2.1. Диспансерное наблюдение установлено:  да/ нет.

15.3. Диагноз \_\_\_\_\_ Код по МКБ \_\_\_\_\_.

15.3.1. Диспансерное наблюдение установлено:  да/ нет.

15.4. Диагноз \_\_\_\_\_ Код по МКБ \_\_\_\_\_.

15.4.1. Диспансерное наблюдение установлено:  да/ нет.

15.5. Диагноз \_\_\_\_\_ Код по МКБ \_\_\_\_\_.

15.5.1. Диспансерное наблюдение установлено:  да/ нет.

15.6. Диагноз \_\_\_\_\_ Код по МКБ \_\_\_\_\_.

15.6.1. Диспансерное наблюдение установлено:  да/ нет.15.7. Группа здоровья:  I  II  III  IV  V.

- 15.8. Медицинская группа для занятий физической культурой:  основная группа;  
 подготовительная группа;  
 специальная группа:  
 подгруппа «А»;  
 подгруппа «Б»;  
 не допущен.

## 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.

## 16.2.2. Диспансерное наблюдение:

- установлено ранее  установлено впервые  не установлено.

## 16.2.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:

- нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

## 16.2.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:

- нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

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

16.2.5. Лечение назначено:  нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

16.2.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:  
 нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

16.3. Диагноз \_\_\_\_\_ Код по МКБ \_\_\_\_\_:

16.3.1. Диагноз установлен впервые:  да/ нет.

16.3.2. Диспансерное наблюдение:  установлено ранее;  
 установлено впервые;  
 не установлено.

16.3.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:  
 нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

16.3.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:  
 нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

16.3.5. Лечение назначено:  нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

16.3.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:  
 нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

16.4. Диагноз \_\_\_\_\_ Код по МКБ \_\_\_\_\_:

16.4.1. Диагноз установлен впервые:  да/ нет.

16.4.2. Диспансерное наблюдение:  
 установлено ранее  установлено впервые  не установлено.

16.4.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:  
 нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

16.4.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:  
 нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

16.4.5. Лечение назначено:  нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

16.4.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:  
 нет/ да:  в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

16.5. Диагноз \_\_\_\_\_ Код по МКБ \_\_\_\_\_:

16.5.1. Диагноз установлен впервые:  да/ нет.

## 16.5.2. Диспансерное наблюдение:

установлено ранее       установлено впервые       не установлено.

## 16.5.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:

нет/ да:       в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

## 16.5.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:

нет/ да:       в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

## 16.5.5. Лечение назначено:

нет/ да:       в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

## 16.5.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:

нет/ да:       в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

16.6. Диагноз \_\_\_\_\_ Код по МКБ \_\_\_\_\_:

16.6.1. Диагноз установлен впервые:  да/ нет.

## 16.6.2. Диспансерное наблюдение:

установлено ранее       установлено впервые       не установлено.

## 16.6.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:

нет/ да:       в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

## 16.6.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:

нет/ да:       в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

## 16.6.5. Лечение назначено:

нет/ да:       в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

## 16.6.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:

нет/ да:       в амбулаторных условиях;  
 в условиях дневного стационара;  
 в стационарных условиях.

## 16.7. Инвалидность:

нет/ да:       с рождения;  
 приобретенная.

установлена впервые (дата) \_\_\_\_\_;

дата последнего освидетельствования \_\_\_\_\_.

16.8. Группа здоровья:  I  II  III  IV  V.

16.9. Медицинская группа для занятий физической культурой:  основная группа;

подготовительная группа;

специальная группа;

«А»/ «Б»;

не допущен.

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, ответственный  
за проведение  
профилактического осмотра

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Руководитель  
медицинской  
организации

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата заполнения «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П. (при наличии)