

Медицинская документация
Учетная форма № 030-ПО/у-17

Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего: _____
_____.
- Пол: муж./жен. (нужное подчеркнуть)
Дата рождения: _____.
2. Полис обязательного медицинского страхования: серия _____
№ _____.
Страховая медицинская организация: _____.
3. Страховой номер индивидуального лицевого счета _____.
4. Адрес места жительства (пребывания): _____
_____.
5. Категория: ребенок-сирота; ребенок, оставшийся без попечения родителей; ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации; нет категории (нужное подчеркнуть).
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 — нужно подчеркнуть).

12.2. Для детей в возрасте 5—17 лет включительно: масса (кг) _____; рост (см) _____; нормальное, с нарушениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост — нужно подчеркнуть).

13. Оценка психического развития (состояния):

13.1. Для детей в возрасте 0—4 лет:

познавательная функция (возраст развития) _____;

моторная функция (возраст развития) _____;

эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции (возраст развития) _____;

предречевое и речевое развитие (возраст развития) _____.

13.2. Для детей в возрасте 5—17 лет:

13.2.1. Психомоторная сфера: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

13.2.2. Интеллект: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, нарушения) (нужное подчеркнуть).

14. Оценка полового развития (с 10 лет):

14.1. Половая формула мальчика: Р _____ Ах _____ Fa _____.

14.2. Половая формула девочки: Р _____ Ах _____ Ма _____ Me _____;

характеристика менструальной функции: menarhe (лет, месяцев) _____;
menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, умеренные, скудные, болезненные и безболезненные (нужное подчеркнуть).

15. Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического осмотра:

15.1. Практически здоров _____ (код по МКБ¹).

15.2. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.2.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.3. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.3.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.4. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.4.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.5. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.5.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.6. Диагноз _____ (код по МКБ).

15.6.1. Диспансерное наблюдение установлено: да, нет (нужное подчеркнуть).

15.7. Группа здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

15.8. Медицинская группа для занятий физической культурой: I, II, III, IV, не допущен (нужное подчеркнуть).

16. Состояние здоровья по результатам проведения настоящего профилактического осмотра:

16.1. Практически здоров _____ (код по МКБ).

16.2. Диагноз _____ (код по МКБ):

¹ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

18. Рекомендации по проведению диспансерного наблюдения, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению: _____

Врач

(подпись)

(И.О. Фамилия)

Руководитель
медицинской организации

(подпись)

(И.О. Фамилия)

Дата заполнения « ____ » _____ 20 ____ г.

М. П.

Примечание:

Все пункты Карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего заполняются разборчиво, при отсутствии данных ставится прочерк. Исправления не допускаются.