

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА УЧАСТНИКА ДЕТСКОЙ ПРОГРАММЫ

(конфиденциально, для служебного пользования)

Фамилия

Имя

Отчество

Полных лет на
дату начала
программы:

1. Есть ли у ребенка **хронические заболевания**?

ДА НЕТ

Если есть, подробно напишите какие, укажите частоту обострений, в какой стадии находится сейчас:

2. Состоит ли ребенок на **диспансерном учете** в медицинских учреждениях?

ДА НЕТ

Если да, то у каких врачей:

3. Принимает ли ребенок **систематически какие-либо лекарства**?

ДА НЕТ

Если да, то какие и когда:

4. Есть ли лекарства, которые **Вы принципиально не используете**?

ДА НЕТ

Если да, то какие:

5. Есть ли у ребенка **аллергические реакции**?

ДА НЕТ

Если да, подробно укажите аллергены (медикаменты, пыль, шерсть животных, пыльца растений, пищевые продукты и напитки, иное) и в чем заключается реакция:

6. Были ли у ребенка **травмы, хирургические операции** за последние 6 месяцев?

ДА НЕТ

Если да, подробно укажите какие и когда:

7. Есть ли у ребенка иные **особенности здоровья**?

ДА НЕТ

Если есть, подробно напишите какие:

8. Получал ли ребенок **профилактические прививки от столбняка** в соответствии с национальным календарем прививок? Если нет, то по какой причине (медицинский отвод, принципиальная позиция родителей, иное):

ДА НЕТ

9. Пожалуйста, **подтвердите наличие/отсутствие** нижеперечисленных заболеваний и состояний Участника программы согласно перечням:

(А). ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСТОЯНИЙ, ПРИ КОТОРЫХ УЧАСТИЕ В ДЕТСКИХ ПРОГРАММАХ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПО СОГЛАСОВАНИЮ С РУКОВОДИТЕЛЕМ И ДОКТОРОМ ПРОГРАММЫ

Бронхиальная астма	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Эпилепсия	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Пороки сердца	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Вегетососудистая дистония	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Мочекаменная болезнь	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Энурез	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Сахарный диабет	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Онкологические заболевания	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Заболевания опорно-двигательного аппарата	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

Хроническая сердечная недостаточность	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Язвенная болезнь кишечника	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Нефриты без почечной недостаточности	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Любые органические заболевания ЦНС	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Любые аномалии развития	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Любые заболевания крови	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Период менее 3-х месяцев после травм опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговых и спинальных	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Период менее 3-х месяцев после любых хирургических операций	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

(Б). ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСТОЯНИЙ, ПРИ КОТОРЫХ УЧАСТИЕ В ДЕТСКИХ ПРОГРАММАХ КП НЕВОЗМОЖНО

Заразные кожные заболевания	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Паразитарные болезни (любые)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Нефриты с почечной недостаточностью	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Гемофилия	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

Инфекционные болезни в активной форме	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Любые заболевания в остром периоде	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Алкоголизм, наркомания, другие варианты токсикомании	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Психические заболевания (любые)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Я, _____, являясь

Фамилия, Имя, Отчество

законным представителем _____

Фамилия, Имя, Отчество ребенка

настоящим подтверждаю, что все сведения о состоянии здоровья Участника и иные имеющие значение данные, указанные мной в настоящей анкете, являются полными и достоверными. Ответственность за любые последствия, наступившие из-за предоставления мной неполных или недостоверных сведений о состоянии здоровья Участника или иных имеющих значение данных, ложится на меня.

Дата . .

Подпись _____