

**ЗАТВЕРДЖЕНО**Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
29 травня 2013 року № 435

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	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b> Форма первинної облікової документації <b>№ 026/о</b> ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №
--	--

**МЕДИЧНА КАРТА ДИТИНИ****(для дошкільного та загальноосвітнього навчальних закладів)**

1. Клас, група (заповнюється щороку): _____ _____	Випадки алергічних реакцій (на медикаменти, продукти харчування, вакцини тощо), алергічні захворювання (вписати) _____	
2. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____		
3. Дата народження                 (число, місяць, рік)	4. Стать: чоловіча - 1; жіноча - 2 <input type="checkbox"/>	
5. Місце проживання _____ телефон: _____		
6. Найменування закладу охорони здоров'я, що обслуговує _____ телефон: _____		
7. Відомості про батьків (законних представників):		
	Рік народження	Телефон
Батько		
Мати		
сімейний анамнез (захворювання): _____		
<b>I. ПОЗАШКІЛЬНІ ЗАНЯТТЯ:</b>		
Спорт (так, ні, вид спорту) _____		
Іноземна мова (так, ні) _____		
Музика (так, ні) _____		
Інші заняття _____		
<b>II. ПЕРЕНЕСЕНІ ХВОРОБИ:</b>		
	Дата	Дата
Кір		Вірусний гепатит
Кашлюк		Дизентерія
Скарлатина		Черевний тиф
Дифтерія		Туберкульоз
Вітряна віспа		Ревматизм
Епідемічний паротит		
Краснуха		







VIII. ДАНІ ПОГЛИБЛЕНОГО МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ\*

1. Дата обстеження				
2. Вік дитини				
3. Клас, група				
4. Зріст				
5. Вага				
6. Артеріальний тиск				
7. Суб'єктивні скарги				
8. Огляд спеціалістів: Педіатра				
Ревматолога				
Ортопеда (хірурга)				
Офтальмолога				
Отоларинголога				
Невропатолога				
Дерматовенеролога				

\*Форма розрахована на 11 класів навчання.

	Результат, дата			
Логопеда				
Стоматолога				
9. Оцінка фізичного розвитку				
10. Висновок про стан здоров'я або діагноз				
11. Група для занять фізичною культурою				
12. Рекомендації				

Лікар-педіатр \_\_\_\_\_  
(прізвище, підпис)

Інші спеціалісти \_\_\_\_\_  
(вписати)

\_\_\_\_\_  
(прізвище, підпис)



