

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, у сфері якого перебуває заклад

Найменування закладу охорони здоров'я та його місцезнаходження

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

за СДРПОУ

Код форми за ДКУД

Код форми за СДРПОУ

**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**

Форма первинної облікової документації

№ 0 8 6 - 1 1 / 0

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказ МОЗ України 16.08.2010 р. №682

**ДОВІДКА**

**учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного огляду**

1. Прізвище, ім'я, по батькові особи, \_\_\_\_\_
2. Місце проживання, телефон \_\_\_\_\_
3. Дата народження \_\_\_\_\_ 4. Стать ч. ж. \_\_\_\_\_
5. Найменування ЗНЗ, клас \_\_\_\_\_
6. Дата проведення обов'язкового медичного профілактичного огляду \_\_\_\_\_
7. Дата проведення попереднього обов'язкового медичного профілактичного огляду \_\_\_\_\_
8. Висновок (у разі якщо учень має захворювання, вказується діагноз згідно з МКЧ 10 або повна назва захворювання за бажанням одного з батьків, або іншого законного представника учня, на якого заповнюється форма): \_\_\_\_\_
9. Група для занять фізичною культурою \_\_\_\_\_
10. Рекомендації (відповідно до клінічного протоколу медичного профілактичного огляду за дітьми віком від 3 до 17 років) \_\_\_\_\_
11. Дата проходження наступного обов'язкового медичного профілактичного огляду \_\_\_\_\_
12. Дата заповнення довідки «\_\_» 20\_\_ року \_\_\_\_\_
13. Підпис лікаря \_\_\_\_\_ (ПІБ)

Місце печатки

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, відповідальні особи якого заповнили цю форму

Код за СДРПОУ

**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**

Форма первинної облікової документації

№ 0 8 6 1 - 1 2 / 0

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

23.05.2012 р. №382

**Карта профілактичної роботи**

**з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем**

1. Прізвище, ім'я, по батькові учня \_\_\_\_\_
2. Місце проживання, телефон учня \_\_\_\_\_
3. Дата народження учня \_\_\_\_\_ 4. Стать ж. ч. \_\_\_\_\_
5. Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас \_\_\_\_\_
6. Дата проведення попередньої профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем: \_\_\_\_\_
7. Дата проведення профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем: \_\_\_\_\_
8. Рекомендації (з урахуванням віку дитини та проведеної профілактичної роботи) \_\_\_\_\_
9. Дата проведення наступної профілактичної роботи з учнем, його батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем \_\_\_\_\_
10. Дата заповнення Карти \_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_
11. Підпис лікаря \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)  
Місце печатки \_\_\_\_\_

ПРОТОКОЛ  
проведення функціональної проби Руфьє

Дата проведення \_\_\_\_\_

Вік народження \_\_\_\_\_

№ ЗНЗ \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

1. ЧСС<sub>1</sub> - пульс за 15 с. у стані спокою - \_\_\_\_\_ ; АТ - \_\_\_\_\_
2. ЧСС<sub>2</sub> - пульс за перші 15 с. першої хвилини відновлення - \_\_\_\_\_
3. ЧСС<sub>3</sub> - пульс за останні 15 с. першої хвилини відновлення - \_\_\_\_\_

Оцінку функціональних можливостей  
серцево-судинної системи

$$IP = \frac{-(ЧСС_1 - ЧСС_2 - ЧСС_3) - 200}{10} =$$

Рівні функціонального резерву серця:

- менше 3 - високий рівень;
- 4-6 - вище середнього (добрий);
- 7-9 - середній;
- 10-14 - нижче середнього (задовільний);
- більше 15 - низький;

Підпис медичного працівника,  
який проводив пробу \_\_\_\_\_

ПІБ \_\_\_\_\_