



Планета Детства

Детский сад № 91

ГРАФИК МЕДОСМОТРОВ



28.08

09.00 - 10.45 – группа раннего возраста

11.00 - 13.00 – младшая группа

29.08

09.00 - 10.45 – средняя группа

11.00 - 13.00 – подготовительная группа

30.08

09.00 - 10.45 – старшая группа

11.00 - 13.00 – старшая группа

31.08

09.00 - 11.00 – все опоздавшие



ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ МЕДОСМОТРА

- ✓ Медицинская карта по форме Ф-026у (заполненная и подписанная в поликлинике или в предыдущем детском саду).
- ✓ Прививочный сертификат (ксерокопия) или справка о прививках по форме Ф-063.
R-Манту или ДСТ должны быть обязательно сделаны. В случае отсутствия R-Манту или ДСТ в обязательном порядке нужно предоставить результаты обследования на туберкулез (КФТ и заключение фтизиатра или T-spot и заключение фтизиатра).
- ✓ Ксерокопия свидетельства о рождении.
- ✓ Ксерокопия медицинского полиса ОМС.
- ✓ Ксерокопия СНИЛС.
- ✓ Согласие на медицинское сопровождение ребенка в образовательной организации. *Если есть возможность, можно распечатать и заполнить дома для экономии времени.*
- ✓ Согласие на проведение профилактических прививок (в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок), R-Манту / ДСТ. *Если есть возможность, можно распечатать и заполнить дома для экономии времени.*
- ✓ Анкета на ребенка. *Если есть возможность, можно распечатать и заполнить дома для экономии времени.*

Бланки документов прилагаются



ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) _____

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет / несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

_____ года рождения настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом: *указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)*

- а) о том, что профилактические прививки – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствий отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включая обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости профилактической прививки:

ПРОТИВ ГРИППА

(наименование прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и

добровольно соглашаюсь на проведение прививки _____ *(наименование прививки)*

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____ *(наименование прививки)*

несовершеннолетнему _____ *(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)*

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____ *(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет / несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)*

Дата _____

_____ *(подпись)*

Я свидетельствую, что разъяснил (а) все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ *(фамилия, имя, отчество)* _____ *(подпись)*

Дата _____

Собрание законодательства Российской Федерации: 1998, №38, ст. 4736; 2000, №33, ст. 3348; 2003, №2, ст. 167; 2004, №35, ст. 3607; 2005, №1 (ч.1), ст. 25; 2006, №27, ст. 2879; 2007, №43, ст. 5084; №49, ст. 6070; 2008, №30 (ч.2), ст. 361; №52 (ч.1), ст. 6236; 2009, №1, ст. 21.

Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, №29, ст. 3766.

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

1. Я, нижеподписавшийся(ая) _____
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя))

_____ года рождения,
несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)
/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

_____ года рождения,
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"¹ отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых, инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок"²).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки _____
(название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и добровольно соглашаюсь на проведение прививки³ _____
(название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки _____)
(название прививки)

несовершеннолетнему _____
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет / несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(ая)⁴ _____
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет) / несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата _____
(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ Дата _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

¹ Собрание законодательства Российской Федерации: 1998, №38, ст.4736; 2000, №33, ст.3348; 2003, №2, ст.167; 2004, №35, ст.3607; 2005, №1(ч.1), ст.25; 2006, №27, ст.2879; 2007, №43, ст.5084; №49, ст.6070; 2008, №30(ч.2), ст.361; №52(ч.1), ст.6236; 2009, №1, ст.21.

² Собрание законодательства Российской Федерации: 1999, №29, ст.3766.

³ Нужно подчеркнуть.

⁴ Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.

Образец

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ**

ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) Иванова Маргарита Васильевна
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет) 28.06.1988 года рождения,

(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет) настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" <1> отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок").

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки все по плану национального календаря вакцинации (название прививки)

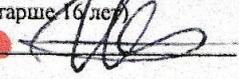
возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

• добровольно соглашаюсь на проведение прививки согласна (название прививки)

• (добровольно отказываюсь от проведения прививки от ... (указать от каких (название прививки)

• несовершеннолетнему Иванову Федору Павловичу, 2016г. (указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(аяся) Иванова М. В. (фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет) несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата 28.08.22 (подпись) 

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ Дата _____

ГБУЗ «ГП №114» ДПО №75

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико – санитарной помощи

Я, _____, законный представитель несовершеннолетнего
(Ф.И.О. гражданина)

_____, « ____ » _____ года рождения,
(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

зарегистрированного по адресу _____
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №114» ДПО №75 медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724, 2012, №26, ст. 3442, 3446).

Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего

Ф.И.О. медицинского работника

« ____ » _____ 20 г.

дата оформления

АНКЕТА

ФИО ребёнка, дата рождения _____

ФИО мамы, телефон _____

ФИО папы, телефон _____

Адрес проживания _____

Где отдыхали в августе _____

Аллергии у ребёнка _____

Поликлиника по месту проживания _____
