

### Медична форма учасника табору

Медична форма заповнюється спільно з лікарем-педіатром і батьками учасника програми, за 4 дні до початку табірної зміни. Адміністрація «DEC Camp» звертає вашу увагу на те, що відповідальність за достовірність та актуальність наданої медичної інформації про стан здоров'я учасника несуть його батьки. Лікаря в таборі потрібна не печатка Вашої поліклініки, а реальна інформація про особливості здоров'я вашої дитини. Ми гарантуємо конфіденційність цієї інформації – медична форма доступна тільки лікарю, директору табору і вожаку вашого загону.

<b>ПІБ учасника</b>		<b>Дата народження</b>	
---------------------	--	------------------------	--

#### 1. Будь ласка, вкажіть, чи має дитина наступні захворювання:

Епілепсія	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	Депресія / емоційні проблеми	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
Апендицит	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	Схильність до кровотеч	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
Слабкість або втрата свідомості	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	Розлад травлення	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
Високий / низький кров'яний тиск	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	Запори	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
Діабет	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	Запалення шкіри	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
Хвороба серця	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	Лунатизм	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
Була проведена складна операція	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	Менструальні болі	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
Енурез	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>	Синдром дефіциту уваги	так <input type="checkbox"/>	ні <input type="checkbox"/>
Якщо дитина хвора на одне із перерахованих вище захворювань, будь ласка, вкажіть деталі:					

#### 2. Чи є у дитини астма? так ні

Якщо «Так», дайте, будь ласка, відповідь на наступні питання:	
Яка форма захворювання?	легка <input type="checkbox"/> помірна <input type="checkbox"/> сильна <input type="checkbox"/>
Що може бути збудником?	
Які ліки можна приймати?	

#### 3. Загальні зауваження щодо занять спортом і участі в табірних активностях:

Плавання	Вміє?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	Дозволяєте?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Велосипед	Вміє?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	Дозволяєте?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Ролики	Вміє?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	Дозволяєте?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Верхова їзда	Вміє?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	Дозволяєте?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Рафтинг	Вміє?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>	Дозволяєте?	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>

#### 4. Чи були у дитини серйозні удари, ушкодження кісток або операції? так ні

Якщо "так", опишіть, будь ласка, детально:

#### 5. Чи є будь-які обмеження медичного, фізичного або емоційного характеру, що перешкоджають участі дитини в заняттях спортом або будь-яких інших активностях табору (наприклад, мотузковий курс, рафтинг, контактні види спорту і т.д.)? так ні



Якщо "так", опишіть, будь ласка, детально:

6. Чи проходила дитина коли-небудь психіатричне лікування?

так  ні

7. Чи зверталися ви коли-небудь за допомогою до сімейного психолога?

так  ні

Якщо "так", опишіть, будь ласка, детально:

### 8. Інформації про алергії

Чи є у дитини алергії, що становлять загрозу для життя?

так  ні

Чи траплявся у дитини колись анафілактичний шок?

так  ні

Якщо "так", опишіть, будь ласка, детально: коли відбувся та тяжкість реакції:

### Будь ласка, зазначте, чи є алергія на дані речовини:

Алергія на медикаменти (в тому числі пеніцилін)	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Алергія на їжу (горіхи, молоко, рибу і т.д.)	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Алергія на пил, пух, квітковий пилок	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Алергія на укуси бджіл, ос і т.д.	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>

Якщо «так», будь ласка, опишіть детально, які є алергії:

### 9. Додаткові особливості здоров'я дитини:

### 10. Харчування в таборі:

Стандартне меню	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Дієта №5	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Вегетаріанське	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>
Безглютенове	так <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/>

Коментарі стосовно харчування: несприйняття продуктів / якщо дитина вегетаріанець, чи вживає рибу, яйця, кисломолочні продукти і т. п.

### 11. Адміністрування ліків

Чи приймає дитина на даний момент будь-які ліки та/або на постійній основі?

так  ні

Якщо "так", опишіть, будь ласка, детально:



Чи є необхідність адмініструвати будь-які ліки та уколи протягом табірної зміни? так  ні

Якщо "так", опишіть, будь ласка, детально:

**При зверненні дитини в медпункт табору, у разі прояву: нездужання, головного болю, первинних симптомів застуди, дрібних подряпин або загальної втоми:**

прошу повідомляти про кожне звернення перед використанням будь-яких медикаментів

даю свою згоду медичному персоналу табору, на використання медикаментів при вищезазначених симптомах. Наступні ліки без рецепта застосовуються як необхідна основа для лікування захворювань та травм. Викресліть ті препарати, які не потрібно давати кемперу.

<input type="checkbox"/> аналгін	<input type="checkbox"/> аспірін	<input type="checkbox"/> траумель
<input type="checkbox"/> цитрамон	<input type="checkbox"/> валеріана	<input type="checkbox"/> зігрівача мазь
<input type="checkbox"/> ношпа	<input type="checkbox"/> трав'яний чай	<input type="checkbox"/> хлорофіліпт
<input type="checkbox"/> сироп від кашлю	<input type="checkbox"/> лимон	<input type="checkbox"/> очні краплі
<input type="checkbox"/> спей для горла	<input type="checkbox"/> мед	<input type="checkbox"/> активоване вугілля
<input type="checkbox"/> стрепсілс	<input type="checkbox"/> фурацилін	<input type="checkbox"/> діазолін
<input type="checkbox"/> септифріл	<input type="checkbox"/> каплі від нежитю	<input type="checkbox"/> таблетки від захитування
<input type="checkbox"/> парацетамол	<input type="checkbox"/> спрей від нежитю	<input type="checkbox"/> антисептичні засоби
<input type="checkbox"/> хьюмер		

## 12. Медичні дані

Анамнез

Данні про розвиток дитини, травми, всі захворювання і т.д.

Перенесені інфекційні захворювання

Чи стоїть дитина на диспансерному обліку? так  ні

Якщо «так», будь ласка, опишіть детально:

- діагноз,
- з якого часу,
- дата останнього загострення.

## 13. Данні об'єктивного огляду

Фізичний розвиток:

**Англомовний інноваційний табір**

Вул. Підвисоцького, 16, Київ, Україна, 01014

Тел. +38 (044) 334-34-01

camp@dec.ua www.dec.camp



Нервово-психічний розвиток:

Група здоров'я:  I  II  III  IVРежим:  загальний  помірнийМед. група для занять фізкультурою:  основна  підготовча  спеціальна

Діагноз основний:

Лікарський висновок:

Супутні хвороби:

**14. Данні з сертифіката про профілактичні щеплення**

Щеплення	Назва препарату	Дані введення	Доза	Серія
Кір				
Дифтерія				
Кашлюк				
Скарлатина				
Епідпаротит				
TBC				
Інші				

**15. Огляд дерматолога**Огляд на педикульоз  так  ні Проводилась санітарна обробка?  так  ні

Дані огляду на заразні шкірні захворювання:

Дата огляду «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

ПІБ та підпис лікаря: \_\_\_\_\_

**ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАКЛАД, ЩО ВИДАВ ДОКУМЕНТ:**

Адреса \_\_\_\_\_ Тел. \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. Лікар \_\_\_\_\_ (ПІБ/Підпис) М.П.

**Довідка лікаря-епідеміолога районної санепідемстанції або дільничного терапевта****(Оформляється не раніше ніж за 3 робочих дні до від'їзду в табір «DEC camp»)**

Довідка видана про те, що протягом останніх 21 дня до моменту видачі, за місцем проживання та місцем навчання реципієнта випадків інфекційних захворювань і можливих контактів з носіями

 не відбувалося  відбувалося**РАЙОННИЙ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАКЛАД, ЩО ВИДАВ ДОКУМЕНТ:**

Адреса \_\_\_\_\_ Тел. \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. Лікар \_\_\_\_\_ (ПІБ / Підпис) М.П.



## 16. Медичний відбір для направлення дитини в табір DEC Camp:

<u>Медичними протипоказаннями для направлення в Комплекс відпочинку є:</u>	<u>Дозволяється не раніше ніж через 5 років після стихання гострого процесу при:</u>
<ul style="list-style-type: none"><li>• всі захворювання в гострому періоді;</li><li>• всі форми туберкульозу;</li><li>• епілепсія, інші судомні напади та їх еквіваленти;</li><li>• гострі психічні захворювання і реактивні стани;</li><li>• цукровий діабет, тиреотоксикоз;</li><li>• всі форми психічних відхилень;</li><li>• всі заразні, паразитні захворювання шкіри (короста, грибкові ураження тощо.);</li><li>• педикульоз.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ревматизмі в активному періоді та періоді між нападами, до зняття з диспансерного обліку;</li><li>• вроджених і набутих вадах серця і судин, в тому числі оперованих;</li><li>• гіпертонічній хворобі;</li><li>• захворюванні крові та кровотворних органів;</li><li>• бронхіальній астмі;</li><li>• виразковій хворобі шлунка і 12-палої кишки;</li><li>• гострому нефриті, пієлонефриті - не раніше 5 років після стихання гострого процесу, хронічного нефриту, нирковокам'яної хвороби, вроджених аномалій нирок, що супроводжуються порушенням їх функції.</li></ul>

Я/ми:

\_\_\_\_\_ (ПІБ батьків)

з вимогами медичного відбору дітей в «DEC camp» ознайомлені та підтверджуємо, що моя дитина не має таких обмежень по здоров'ю;

підтверджуємо, що в цьому медичному опитувальнику повністю відображені і розкриті всі медичні, фізичні, психологічні та емоційні особливості здоров'я нашої дитини;

даємо свою згоду на те, щоб наша дитина повноцінно брала участь в усіх табірних активностях і видах спорту, за винятком тих обмежень, про які ми письмово повідомили адміністрацію табору заздалегідь; у відповідь, адміністрація табору підтвердила нам письмово отримання такої інформації.

даємо свою згоду на надання невідкладної медичної допомоги нашій дитині і вповноважуємо лікаря та адміністрацію табору приймати рішення щодо госпіталізації, забезпечення необхідним лікуванням, адміністрування анестезії чи іншого медичного втручання у разі екстреної необхідності. Адміністрація табору зобов'язується докласти всіх зусиль для попереднього зв'язку з батьками у разі екстреної ситуації за телефоном.

гарантуємо оплату / відшкодування медичних витрат, понесених адміністрацією табору в разі, якщо дитина потребує особливого лікування або медичної допомоги, що виходить за рамки страхового покриття і / або того, що надає табір в медпункті.

Дата \_\_\_\_\_

ПІБ особи, що заповнив / заповнила форму та номер телефону, за яким звертатися з питань здоров'я дитини:

\_\_\_\_\_