

Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я	Медична документація Форма первинної облікової документації N 0 86 - 1 / o
---	---

ДОВІДКА

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

- Прізвище, ім'я, по батькові _____
- Місце проживання, телефон учня _____
- Дата народження учня _____
- Стать ж ч _____
- Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас _____
- Дата проведення обов'язкового медичного профілактичного огляду: _____
- Дата проведення попереднього обов'язкового медичного профілактичного огляду: _____
- Висновок (у разі якщо учень має захворювання, вказується діагноз згідно з МКХ-10 або повна назва захворювання за бажанням одного з батьків або іншого законного представника учня, на якого заповнюється форма):

- Група для занять фізичною культурою _____
- Рекомендації (відповідно до клінічного протоколу медичного огляду за дітьми віком від 3 до 17 років):

- Дата проходження наступного обов'язкового медичного профілактичного огляду: _____
- Дата заповнення довідки «__» _____ 20__ року
- Підпис лікаря _____ (П.І.Б.)

Особиста печатка лікаря
Місце печатки

Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я	Медична документація Форма первинної облікової документації N 0 86 - 2 / o
---	---

Карта профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем за _____ рік

- Прізвище, ім'я, по батькові учня _____
- Місце проживання, телефон учня _____
- Дата народження учня _____
- Стать ж ч _____
- Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас _____
- Дата проведення попередньої профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем: _____
- Дата проведення профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем: _____
- Рекомендації (з урахуванням віку дитини та проведеної профілактичної роботи): _____
- Дата проведення наступної профілактичної роботи з учнем, його батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем: _____
- Дата заповнення карти «__» _____ 20__ року
- Підпис лікаря _____ (П.І.Б.)

Особиста печатка лікаря
Місце печатки