Приложение № 9

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 13 мая 2025 г. № 274н

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование и адрес медицинской организации(фамилия, имя, отчество (при наличии)индивидуального предпринимателя и адресосуществления медицинской деятельности)Основной государственный регистрационныйномер(Основной государственный регистрационныйномер индивидуального предпринимателя) |  | Медицинская документация |
| Учетная форма № 076/у |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Санаторно-курортная карта для детей №** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **«** |  | **»** |  | **20** |  | **года** |

Выдается при предъявлении путевки на санаторно-курортное лечение. Без настоящей карты путевка недействительна.

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка |  |
| Дата рождения: « |  | » |  | 20 |  |  г. Пол: муж. — 1, жен. — 2 |
| Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации |  |
| район |  |  населенный пункт |  |
| улица |  |  дом |  | строение/корпус |  | квартира |  | тел. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации |  |
| район |  |  населенный пункт |  |
| улица |  |  дом |  | строение/корпус |  | квартира |  | тел. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Образовательная организация: тип |  | № |  |  структурное подразделение |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Полис обязательного медицинского страхования: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования « |  | » |  | 20 |  |  г. |

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному

|  |  |
| --- | --- |
| лицу |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Код субъекта Российской Федерации |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Климат в месте проживания пациента (код) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Климатические факторы в месте проживания |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Код меры социальной поддержки |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Сопровождение: да — 1, нет — 2 |  |

Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки в виде набора социальных услуг:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| серия |  |  номер |  |  дата выдачи « |  | » |  | 20 |  |  г. |

|  |  |
| --- | --- |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета: |  |

Нуждаемость в условиях доступной среды: да — 1, нет — 2

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| линия отреза |

Подлежит возврату в медицинскую организацию, выдавшую санаторно-курортную карту

Обратный талон

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование санаторно-курортной организации |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Основной государственный регистрационный номер санаторно-курортной организации |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Период санаторно-курортного лечения: с « |  | » |  | 20 |  |  г. по « |  | » |  | 20 |  |  г. |

Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

|  |  |
| --- | --- |
| Основное заболевание |  |

код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

|  |  |
| --- | --- |
| (далее — МКБ) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Осложнения основного заболевания |  |  код по МКБ |  |
| Сопутствующие заболевания: |  |  код по МКБ |  |
| Внешняя причина (при травмах, отравлениях) |  |  код по МКБ |  |
| Заболевание, явившееся причиной инвалидности: |  |  код по МКБ |  |

Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Основное заболевание |  |  код по МКБ |  |
| Сопутствующие заболевания: |  |  код по МКБ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Жалобы |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Анамнез заболевания (включая данные о предшествующем лечении, в том числе санаторно-курортном) |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия), аллергические реакции: |  |

|  |
| --- |
|  |

Проведенные профилактические прививки:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| наименование вакцинации:  |  | дата: « |  | » |  | 20 |  |  г. |
| наименование вакцинации:  |  | дата: « |  | » |  | 20 |  |  г. |
| наименование вакцинации:  |  | дата: « |  | » |  | 20 |  |  г. |

Результаты обследований в целях выявления туберкулеза

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| наименование исследования  |  | дата: « |  | » |  | 20 |  |  г. |

Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты проведения исследований)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| Диагноз основного заболевания: |  |  код по МКБ |  |
| Осложнения основного заболевания |  |  код по МКБ |  |
| Внешняя причина при травмах, отравлениях |  |  код по МКБ |  |
| Сопутствующие заболевания: |  |  код по МКБ |  |
|  |  код по МКБ |  |
|  |  код по МКБ |  |
| Дополнительные сведения о заболевании |  |
|  |
|  |
| Заболевание, явившееся причиной инвалидности: |  |  код по МКБ |  |
| Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями |  |
| Осмотр на педикулез и чесотку |  |
| Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз) |  |

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование санаторно-курортной организации |  |

Лечение: в условиях пребывания в санаторно-курортной организации — 1, амбулаторно — 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Продолжительность курса лечения |  |  дней |

|  |  |
| --- | --- |
| Путевка № |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись лица, заполнившего карту |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заведующий отделением/председатель врачебной комиссии |  |  |
|  | фамилия, имя, отчество (при наличии) | подпись |

М. П. (при наличии)

|  |
| --- |
| линия отреза |

|  |  |
| --- | --- |
| Проведено лечение |  |
|  |
| (виды лечения, количество процедур, их переносимость, даты проведения санаторно-курортного лечения) |

|  |  |
| --- | --- |
| Эпикриз (включая данные обследования) |  |
|  |
|  |

Результат санаторно-курортного лечения: значительное улучшение — 1, улучшение — 2, без перемен — 3,
ухудшение — 4

Наличие обострений, потребовавших отмену процедур: да — 1, нет — 2

|  |  |
| --- | --- |
| Рекомендации по дальнейшему лечению: |  |
|  |
| Контакт с пациентами, больными инфекционными заболеваниями |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Лечащий врач, должность врача-специалиста |  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) | подпись |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Главный врач санаторно-курортной организации |  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) | подпись |

М. П. (при наличии)