

Приложение N 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 апреля 2025 г. N 211н

Наименование и адрес медицинской
организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя и
адрес осуществления медицинской
деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Учетная форма N 030-ПО/у
Утверждена приказом Минздрава России
от "___" _____ 202__ г. N ____

КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего: _____

Пол: ☐ мужской/ ☐ женский

Дата рождения: _____

2. Полис обязательного медицинского страхования: N _____

Страховая медицинская организация: _____

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____

4. Адрес:
места жительства (постоянной регистрации): _____

фактического проживания (пребывания): _____

5. Категория: ☐ ребенок-сирота;
☐ ребенок, оставшийся без попечения родителей;
☐ ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации;
☐ нет категории.

6. Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь:

7. Адрес места нахождения медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь:

8. Полное наименование образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний:

9. Адрес места нахождения образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний:

10. Дата начала профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (далее - профилактический осмотр):

11. Полное наименование и адрес места нахождения медицинской организации, проводившей профилактический осмотр:

12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент профилактического осмотра:

_____ (число дней) _____ (месяцев) _____ лет.

12.1. Для детей в возрасте 0 - 4 лет:

масса (кг) _____; рост (см) _____; окружность головы (см) _____;

физическое развитие: ☐ нормальное, ☐ с нарушениями:

☐ дефицит
массы тела
☐ избыток
массы тела
☐ низкий рост
☐ высокий рост.

12.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет включительно:

масса (кг) _____; рост (см) _____;

физическое развитие: ☐ нормальное, ☐ с нарушениями:

☐ дефицит
массы тела
☐ избыток
массы тела
☐ низкий рост

☐ высокий рост.

12.3. Для всех детей:

12.3.1. Индекс массы тела (ИМТ) _____;

12.3.2. SDS ИМТ _____.

13. Оценка психического развития (состояния):

13.1. Для детей в возрасте 0 - 4 лет:

жалобы: _____

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
познавательная функция (возраст развития)	_____	_____	_____	_____
нарушение когнитивных функций	☐	нет/	☐	да _____
нарушение учебных навыков	☐	нет/	☐	да _____
моторная функция (возраст развития)	_____	_____	_____	_____
эмоциональные нарушения	☐	нет/	☐	да _____
предречевое развитие (гуление, лепет)	☐	да/	☐	не активно/ ☐ нет;
речевое развитие (возраст развития)	_____	_____	_____	_____
понимание речи	☐	да/	☐	частично/ ☐ нет;
активная речь	☐	да/	☐	не пользуется/ ☐ нет;
нарушение коммуникативных навыков	☐	нет/	☐	да _____
сенсорное развитие	☐	развито/	☐	частично развито/
		☐		не развито.

13.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет:

жалобы: _____

_____	_____	_____	_____	_____
внешний вид	☐	опрятен/	☐	не опрятен;
доступен к контакту	☐	да/	☐	частично доступен/
		☐		нет;
фон настроения	☐	ровный/	☐	лабильный/
	☐	дисфоричный/	☐	тревожный;
обманы восприятия	☐	да/	☐	нет;
интеллектуальная функция	☐	без особенностей/	☐	нарушена;
нарушения когнитивных функций	☐	нет/	☐	да _____
нарушение учебных навыков	☐	да/	☐	нет;
суицидальные наклонности	☐	да/	☐	нет;
самоповреждения	☐	есть/	☐	нет;
социальная сфера	☐	нарушена/	☐	не нарушена.

14. Оценка полового развития (с 10 лет):

14.1. Половая формула мальчика: Ах _____ Р _____ G _____ Те _____;

14.2. Половая формула девочки: Р _____ Ах _____ Ма _____ Ме _____;

14.3. Характеристика менструальной функции:

menarhe (лет, месяцев) _____;

menses (характеристика):

☐ регулярные/☐ нерегулярные,
☐ обильные/☐ умеренные/
☐ скудные
☐ болезненные/
☐ безболезненные.

15. Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического осмотра:

15.1. Практически здоров _____ Код по МКБ <1> ____.

15.2. Диагноз _____ Код по МКБ _____.

15.2.1. Диспансерное наблюдение установлено: ☐ да/

☐ нет.

15.3. Диагноз _____ Код по МКБ _____.

15.3.1. Диспансерное наблюдение установлено: ☐ да/

☐ нет.

15.4. Диагноз _____ Код по МКБ _____.

15.4.1. Диспансерное наблюдение установлено: ☐ да/

☐ нет.

15.5. Диагноз _____ Код по МКБ _____.

15.5.1. Диспансерное наблюдение установлено: ☐ да/

☐ нет.

15.6. Диагноз _____ Код по МКБ _____.

15.6.1. Диспансерное наблюдение установлено: ☐ да/

☐ нет.

15.7. Группа здоровья: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V.

15.8. Медицинская группа для занятий физической культурой: ☐ основная группа;

☐ подготовительная группа;

☐ специальная группа:

☐ подгруппа "А",

☐ подгруппа "Б";

☐ не допущен.

16. Состояние здоровья по результатам проведения настоящего профилактического осмотра:

16.1. Практически здоров _____ Код по МКБ _____.

16.2. Диагноз _____ Код по МКБ _____.

16.2.1. Диагноз установлен впервые: ☐ да/☐ нет.

16.2.2. Диспансерное наблюдение:

☐ _____ ☐ установлено впервые ☐ не установлено.

контур.нор

установлено ранее

16.2.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:

	☐ нет/ ☐ да:	☐	в амбулаторных условиях;
		☐	в условиях дневного стационара;
		☐	в стационарных условиях.
16.2.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:			
	☐ нет/ ☐ да:	☐	в амбулаторных условиях;
		☐	в условиях дневного стационара;
		☐	в стационарных условиях.
16.2.5. Лечение назначено:	☐ нет/ ☐ да:	☐	в амбулаторных условиях;
		☐	в условиях дневного стационара;
		☐	в стационарных условиях.
16.2.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:			
	☐ нет/ ☐ да:	☐	в амбулаторных условиях;
		☐	в условиях дневного стационара;
		☐	в стационарных условиях.
16.3. Диагноз _____		Код по МКБ _____ :	
16.3.1. Диагноз установлен впервые:	☐ да/ ☐ нет.		
16.3.2. Диспансерное наблюдение:		☐	установлено ранее;
		☐	установлено впервые;
		☐	не установлено.
16.3.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:			
	☐ нет/ ☐ да:	☐	в амбулаторных условиях;
		☐	в условиях дневного стационара;
		☐	в стационарных условиях.
16.3.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:			
	☐ нет/ ☐ да:	☐	в амбулаторных условиях;
		☐	в условиях дневного стационара;
		☐	в стационарных условиях.
16.3.5. Лечение назначено:	☐ нет/ ☐ да:	☐	в амбулаторных условиях;
		☐	в условиях дневного стационара;
		☐	в стационарных условиях.
16.3.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:			
	☐ нет/ ☐ да:	☐	в амбулаторных условиях;
		☐	в условиях дневного стационара;

16.4. Диагноз _____ ☐ в стационарных условиях.
Код по МКБ _____.

16.4.1. Диагноз установлен впервые: ☐ да/☐ нет.

16.4.2. Диспансерное наблюдение:

☐☐

установлено впервые

☐

не установлено.

контур.нор

установлено ранее

16.4.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:

☐

нет/

☐

да:

☐

в амбулаторных
условиях;

☐

в условиях дневного
стационара;

☐

в стационарных условиях.

16.4.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:

☐

нет/

☐

да:

☐

в амбулаторных
условиях;

☐

в условиях дневного
стационара;

☐

в стационарных условиях.

16.4.5. Лечение назначено:

☐

нет/

☐

да:

☐

в амбулаторных
условиях;

☐

в условиях дневного
стационара;

☐

в стационарных условиях.

16.4.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены:

☐

нет/

☐

да:

☐

в амбулаторных
условиях;

☐

в условиях дневного
стационара;

☐

в стационарных условиях.

16.5. Диагноз _____ Код по МКБ _____:

16.5.1. Диагноз установлен впервые: ☐ да/☐ нет.

16.5.2. Диспансерное наблюдение:

☐

установлено ранее

☐

установлено впервые

☐

не установлено.

16.5.3. Дополнительные консультации и исследования назначены:

☐

нет/

☐

да:

☐

в амбулаторных
условиях;

☐

в условиях дневного
стационара;

☐

в стационарных условиях.

16.5.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены:

☐

нет/

☐

да:

☐

в амбулаторных
условиях;

☐

в условиях дневного
стационара;

☐

в стационарных условиях.

16.5.5. Лечение назначено: ☐ нет/☐ да: ☐ в амбулаторных условиях;
☐ в условиях дневного стационара;
☐ в стационарных условиях.

16.5.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: ☐ нет/☐ да: ☐ в амбулаторных условиях;
☐ в условиях дневного стационара;
☐ в стационарных условиях.

16.6. Диагноз _____ Код по МКБ _____:

16.6.1. Диагноз установлен впервые: ☐ да/☐ нет.

16.6.2. Диспансерное наблюдение:

☐ установлено ранее ☐ установлено впервые ☐ не установлено.

16.6.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: ☐ нет/☐ да: ☐ в амбулаторных условиях;
☐ в условиях дневного стационара;
☐ в стационарных условиях.

16.6.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: ☐ нет/☐ да: ☐ в амбулаторных условиях;
☐ в условиях дневного стационара;
☐ в стационарных условиях.

16.6.5. Лечение назначено: ☐ нет/☐ да: ☐ в амбулаторных условиях;
☐ в условиях дневного стационара;
☐ в стационарных условиях.

16.6.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: ☐ нет/☐ да: ☐ в амбулаторных условиях;
☐ в условиях дневного стационара;
☐ в стационарных условиях.

16.7. Инвалидность: ☐ нет/☐ да: ☐ с рождения;
☐ приобретенная.

установлена впервые (дата) _____;
дата последнего освидетельствования _____.

16.8. Группа здоровья: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V.

16.9. Медицинская группа для занятий физической культурой: ☐ основная группа;
☐ подготовительная группа;
☐ специальная группа;

☐ "А"/☐ "Б";
☐ не допущен.

17. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой:

18. Рекомендации по проведению диспансерного наблюдения, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению:

Врач, ответственный за
проведение профилактического
осмотра

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Руководитель медицинской
организации

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Дата заполнения "___" _____ 20__ г.
М.П. (при наличии)