**МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА**

# Пожалуйста, заполните анкету и

# пришлите нам по электронной почте camp@dubravushka.ru.

# *Ваша информация будет использоваться только как конфиденциальная.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата заполнения | |  | |
| Предполагаемая смена отдыха в лагере *(удалите лишнее)* | | 1 СМЕНА 30 мая – 12 июня 2021  2 СМЕНА 13 июня – 26 июня 2021  3 СМЕНА 27 июня – 10 июля 2021  4 СМЕНА 11 июля – 24 июля 2021  5 СМЕНА 25 июля – 07 августа 2021 | |
| Фамилия ребенка | |  | |
| Имя ребенка | |  | |
| Число, месяц и год рождения | |  | |
| Контактные телефоны родителей или законных представителей | |  | |
| **Внимательно ознакомьтесь с содержанием анкеты и постарайтесь максимально точно ответить на вопросы.** | | | |
| 1.Аллергоанамнез: |  | | |
| а) лекарственная аллергия  *(если ответ «ДА», то расшифровка – в чем проявляется аллергия, чем купируется, наименование препаратов)* | да | | нет |
|  | | |
| б) пищевая аллергия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(если ответ «ДА», то расшифровка – в чем проявляется аллергия, чем купируется, наименование препаратов)* | да | | нет |
|  | | |
| в) бытовая (кошки, собаки, порошок и т.п.)  *(если ответ «ДА», то расшифровка – в чем проявляется аллергия, чем купируется, наименование препаратов)* | да | | нет |
|  | | |
| 2. Перенесенные заболевания (в том числе COVID-19) |  | | |
| 3. Наличие антител G или прививки |  | | |
| 4. Особенности температурной реакции при ОРВИ: |  | | |
| 5. Возможные причины для повышения температуры (эмоциональное волнение, переутомление и т.п.). До какого значения в этом случае может повышаться температура? |  | | |
| 6. Какие жаропонижающие обычно используются? |  | | |
| 7. Особенности (частые симптомы и разрешенные препараты, которые мы можем использовать без дополнительного согласования с родителями) |  | | |
| 8. Разрешено ли применение (при необходимости) назальных сосудосуживающих препаратов? |  | | |
| 9. Диагноз |  | | |
| 10.Травмы, операции *(если да, то какие и в каком году)* |  | | |
| 11. Наличие у ребенка на руках лекарственных препаратов |  | | |

**Подпись заполнившего анкету\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**