



УКРАЇНА
ПЕЧЕНІЗЬКА РАЙОННА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

вул. Незалежності, 48, смт. Печеніги, Печенізький район, Харківська область, 62801
тел. (05765) 6-18-20, факс 6-13-57

E-mail: pechenizka@rda.kh.gov.ua, pechenegi_rda@ukr.net

23.09.2019 № 08-03-04/41
на № _____ від _____

Олені ЯУФМАН
(foi+request-54799-f8c72fb@dostup.pravda.com.ua)

Про розгляд запиту

Розглянувши Ваш інформаційний запит від 17.09.2019 року, про оздоровлення та відпочинок дітей, (вх. РДА № 08-03-04/44 від 19.09.2019 року), який надійшов від Відділу забезпечення доступу до публічної інформації Харківської обласної державної адміністрації, Печенізька районна державна адміністрація надає інформацію.

1. Відповідно до Закону України «Про оздоровлення та відпочинок дітей» через сектор у справах молоді та спорту Печенізької районної державної адміністрації за кошти обласного та місцевого бюджету здійснюється оздоровлення дітей, які потребують особливої соціальної уваги та підтримки (абзац 14 частини першої статті 1 Закону України), віком від 7 до 18 років, які перебувають у дитячих закладах оздоровлення та відпочинку самостійно (абзац 2 частини першої статті 13 Закону України з урахуванням Типової програмної класифікації видатків та кредитування місцевих бюджетів, за кодом 3140 «Оздоровлення та відпочинок дітей (крім закладів з оздоровлення дітей, що здійснюються за рахунок коштів на оздоровлення громадян, які постраждали в наслідок Чорнобильської катастрофи»).

2. На території Печенізького району відсутні заклади оздоровлення та відпочинку дітей, незалежно від форми власності.

3. Розподіл путівок до дитячих закладів оздоровлення та відпочинку на території Печенізького району здійснюється (покладенні повноваження) сектором у справах молоді та спорту Печенізької РДА, безпосередній підбір дітей для направлення їх до оздоровчих закладів, путівки (за їх наявністю) надаються дітям, чиї батьки (особи, які їх заміняють) подали до відповідного органу що відповідає за організацію оздоровлення та відпочинок дітей в районі, за місцем реєстрації дитини або місцем її постійного проживання, заяву на отримання путівок а також пакет документів, що підтверджує належність дитини до тієї чи іншої категорії. Дитина може бути направлена на

оздоровлення за рахунок коштів обласного чи місцевого бюджету 1 раз на рік за умови, що вона не отримувала оздоровлення за рахунок коштів бюджетів інших рівнів. При вирішенні питань щодо першочерговості оздоровлення та відпочинку дітей враховується їх соціальний статус дитини і матеріальне становище сім'ї, у якій вона виховується.

3.1 На території Печенізького району батьки мають змогу звернутися до Печенізької районної державної адміністрації, яка знаходиться за адресою: смт. Печеніги, вул. Незалежності 48, Сектор у справах молоді та спорту, каб.6. або за номером телефону 6 18 20.

3.2 Форма заяви додається.

3.3 Строки розглядання заяви батьків, сектором у справах молоді та спорту Печенізької райдержадміністрації - 5 робочих днів.

3.4 Дитині може бути відмовлено у наданні путівок за умов: відсутності путівок, невідповідності віку дитини встановленим вимогам, наявності медичних протипоказань для перебування дитини у закладі оздоровлення та відпочинку, документально непідтвердження пільгової категорії, вже отримання оздоровлення у поточному році за рахунок бюджетних коштів.

4. У Печенізькому районі довідку для відправлення дитини до оздоровчого табору надає сектор у справах молоді та спорту Печенізької райдержадміністрації

4.1 Сектор у справах молоді та спорту направляє до сімейного лікаря у якого перебуває на обліку дитина.

4.2 Для отримання медичної довідки, батьки можуть звернутися без заяви.

4.3 Батьки мають змогу особисто отримати дану форму через засоби масової інформації.

4.4 Сімейний лікар після отримання довідки направляє дитину для здачі аналізів (які затверджені в формі), і тільки після результатів, заповнює і надає дозвіл на оздоровлення.

4.5 Відмовити дитині можуть, якщо у дитини відсутні щеплення.

4.6. Форма медичної довідки додається.

Додаток: на 5 арк.

Перший заступник голови
районної державної адміністрації



Михайло НИКИТЧЕНКО

Марина Тугар 6-18-20

Ірина Ромашина

Додаток 1

ПРОТИПОКАЗАННЯМИ

для направлення дітей в ДП "Молода гвардія" є:

- усі захворювання в гострому періоді;
 - усі форми туберкульозу різних органів і систем;
 - ревматизм в активній стадії;
 - набуті, вроджені і операційні пороки серця і судин без порушення гемодинаміки;
 - ендокринні захворювання;
 - реконвалісенти після перенесених міокардитів протягом 3-х років, після операції апендициту, пахових і стегневих гриж протягом 6-ти місяців, після тонзилектомії протягом 6-ти місяців;
 - захворювання крові і кровотворювальних органів;
 - залишкові явища травм черепа (лікворно-гіпертензійні, церебростенічні синдроми), залишкові явища органічних захворювань центральної нервової системи, паралічі, гіперкінези;
 - епілепсія і епілептичні напади;
 - усі психічні захворювання;
 - енурез;
 - хронічна пневмонія, бронхіальна астма, бронхоектатична хвороба;
 - виразкова хвороба шлунку і 12-палої кишки, хронічний гастрит, коліт, гепатохолецистит;
 - гострий нефрит-пієлонефрит, нирково-кам'яна хвороба, вроджені аномалії, які супроводжуються порушенням функцій нирок;
 - деформація опірно-рухового апарату із порушенням рухових функцій, різке відставання у фізичному розвитку;
 - високій ступінь близькозору;
 - ювелійні кровотечі;
 - усі інфекційні і паразитарні захворювання очей і шкіри;
 - бацілоносійство;
 - новооутворення.
- * Зуби дітей, які мають потребу в санації, повинні бути просановані.
- * Діти, уражені педикульозом, повинні пройти санобробку.
- * У разі хвороби дитини ДП «Молода гвардія» забезпечує її харчуванням і медичним обслуговуванням до видужання, незалежно від термінів зміни.
- * Від'їзд дитини після видужання узгоджується з організацією, яка направила дитину, та батьками.

МЕДИЧНА КАРТА

дитини, яка направляється до Державного підприємства
«Український дитячий центр «Молода гвардія» (м. Одеса)
Розроблена згідно форми первинної облікової документації № 079/о (Затверджено Наказ
Міністерства охорони здоров'я України 29.05.2013 № 435)
з доповненням та інформацією для батьків

Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____

Стать: чоловіча / жіноча

Дата народження (день, місяць, рік) _____

Домашня адреса, телефон: _____

Назва і точна адреса лікувально-профілактичного закладу, де стоїть на обліку і лікується дитина: _____

Медичні дані

Анамнез (найбільш важливі дані про розвиток дитини в минулому, перенесені захворювання, травми і т. і.): _____

Перенесені інфекційні захворювання (кір, скарлатина, дифтерія, вітрянка, віспа, краснуха, епіпаротит, тиф, малярія, вірусний і інфекційний гепатит), у якому віці: _____

Дані об'єктивного огляду

Фізичний розвиток: _____

Нервово-психічний розвиток: _____

Режим: загальний / спеціальний

Діагноз основний: _____

Лікарський висновок: _____

Супутні захворювання: _____

Діагноз і висновок лікаря медичної частини ДП «Молода гвардія»: _____

«Направлення в ДП «Молода гвардія» дозволене»

Прізвище, ініціали, підпис лікаря
лікувально-профілактичного закладу _____

ДОВІДКА РАЙОННОЇ САНЕПІДЕМСТАНЦІЇ АБО ЛІКАРЯ-ІНФЕКЦІОНІСТА

Оформляється не раніше ніж за 3 дні до виїзду в ДП «Молода гвардія»

Видана в тому, що протягом останніх 21 днів до дня видачі за місцем проживання та місцем навчання реципієнта випадків інфекційних захворювань і можливих контактів з носіями

не зафіксовано/зафіксовано

назва, адреса, телефон райСЕС або поліклініки

Лікар _____ (_____)
підпис _____ прізвище, ініціали _____
«_____» _____ 20__ р.

ДОВІДКА ПРО ПРОФІЛАКТИЧНІ ЩЕПЛЕННЯ

Щеплення	Назва препарату	Дата введення	Доза	Серія
Кашлюк		«__» _____ р.		
Дифтерія		«__» _____ р.		
Стовбняк		«__» _____ р.		
Кір		«__» _____ р.		
Скарлатина		«__» _____ р.		
Епідпаротит		«__» _____ р.		
ТВС		«__» _____ р.		
Інші		«__» _____ р.		

ДАНІ ЛАБОРАТОРІЇ ДОСЛІДЖЕНЬ

Загальний аналіз сечі _____ «__» _____ 20__ р.
Загальний аналіз крові _____ «__» _____ 20__ р.
Аналіз калу та яйця гельмінтів _____ «__» _____ 20__ р.
Флюорографія або R – Манту сечі _____ «__» _____ 20__ р.

ДОВІДКА ПРО ОГЛЯД НА ПЕДИКУЛЬОЗ

Видана _____
(назва лікувального закладу)

в тому, що під час огляду дитини _____
(прізвище, ім'я)

педикульозу, захворювання шкіри, які перешкоджають направленню до ДП «Молода гвардія», не виявлено.

Лікар _____ (_____)
підпис _____ прізвище, ініціали _____

М. П. _____ «__» _____ 20__ р.

Медична карта заповнюється лікарем-педіатром або лікарем підліткового кабінету з комплексною оцінкою стану здоров'я дитини.

Усі діти, направлені до ДП «УДЦ «Молода гвардія» в день заїзду проходять медичний огляд. Діти, яким протипоказане направлення за станом здоров'я, а також ті, які не мають повністю оформленої медичної карти і путівки, повертаються назад із супроводжуючим за рахунок організації або особи, яка направила їх в ДП «УДЦ «Молода гвардія», з повідомленням на адресу медичного закладу, який заповнював медичну карту.

Діти повинні мати профілактичні щеплення відповідно до віку та з урахуванням епідеміологічної ситуації за місцем проживання.

ПРАВИЛА НАПРАВЛЕННЯ ТА ВИМОГИ ДО МЕДИЧНОГО ВІДБОРУ ПРИ НАПРАВЛЕННІ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ ДО ДП «УДЦ «МОЛОДА ГВАРДІЯ»

- До ДП «УДЦ «Молода гвардія» направляються діти віком: від 8 до 16 років включно – у період з вересня до середини травня; від 7 до 17 років включно – у період із середини травня до вересня.
- Діти, які направляються до ДП «УДЦ «Молода гвардія», повинні мати з собою такі речі: предмети особистої гігієни; одяг і змінне взуття відповідно до сезону перебування; дві зміни нижньої білизни; спортивне взуття та одяг; купальник, плавки, взуття, що не промокає; головний убір від сонця відповідно до сезону перебування; килимок для пляжу відповідно до сезону перебування; теплі речі (свєтр, джинси, куртка, шапочка); змінне або кімнатне взуття відповідно до сезону перебування; під час навчального періоду 2 зошити та ручку для навчання в школі.
- Кишенькові гроші діти здають в касу дитячих грошей на персональний рахунок дитини і отримують за вимогою.
- Речі, що привозяться дітьми, здаються до камери схову, яку діти можуть відвідувати протягом дня.
- За грошові кошти або цінні речі, не здані на зберігання, дирекція ДП «Молода гвардія» відповідальності не несе і вартість втрачених матеріальних цінностей не відшкодовує.

З метою забезпечення збереження життя та здоров'я Ваших дітей встановлені такі правила: відпочиваючим дітям заборонено курити, вживати алкоголь, наркотичні засоби, медичні препарати без нагляду лікаря, та письмового дозволу батьків. Дитина, помічена за порушенням цих правил, у разі самовільного виходу за територію ДП «УДЦ «Молода гвардія», а також дитина з емоційними, психологічними чи поведінковими проблемами, які шкодять оточуючим та їй персонально, буде негайно відправлена до місця проживання без повернення коштів.

Я, _____

(Прізвище, ім'я та по батькові одного з батьків або піклувальників) з вимогами медичного відбору та правилами направлення дітей до ДП «УДЦ «Молода гвардія» ознайомлений(а) і підтверджую, що моя дитина не має обмежень для перебування в ДП «УДЦ «Молода гвардія». Я даю згоду на проведення у разі необхідності рентгенівського обстеження, аналізів, ін'єкцій та лікування дитини
Контактний телефон: _____

Звертаю увагу, що моїй дитині необхідно за курсом лікування вживати такі медичні препарати:

Прошу лікаря прослідкувати за вживанням цього препарату (препарат у кількості _____ знаходиться у дитини).

_____ 20__ р.

_____ (підпис одного з батьків)

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 079/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № _____
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____	
Код за ЄДРПОУ _____	_____ № _____

МЕДИЧНА ДОВІДКА
на дитину, яка від'їжджає в дитячий заклад оздоровлення та відпочинку

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____	2. Вік _____
3. Місце проживання батьків (законних представників) _____, телефон _____	
4. Найменування загальноосвітнього навчального закладу _____, клас _____, район _____, найменування закладу охорони здоров'я _____	
5. Стан здоров'я (якщо знаходиться під диспансерним наглядом, вказати діагноз за МКХ-10), наявність алергічних захворювань _____	
6. Перенесені інфекційні захворювання (кір, скарлатина, кашлюк, епідемічний паротит, вірусні гепатити, вітряна віспа, дизентерія) _____	
7. Проведені щеплення (проти дифтерії, кашлюка, правця, кору, вірусного гепатиту, БЦЖ, туберкулінові проби 2 ТО в динаміці тощо) із вказівкою дат їх проведення _____	
8. Результати огляду на педикульоз і коросту: _____	
9. Наявність довідки про відсутність контакту з інфекційними хворими _____	
10. Фізичний розвиток, фізкультурна група _____	
11. Рекомендований режим _____	
Дата видачі довідки « _____ » _____ 20 _____ року	
Лікар-педіатр або лікар загальної практики-сімейний лікар _____ (прізвище, підпис)	

Заповнюється лікарем дитячого закладу оздоровлення та відпочинку

12. Стан здоров'я і перенесені захворювання під час перебування в дитячому закладі оздоровлення та відпочинку:

13. Контакт з інфекційними хворими: _____

14. Ефективність оздоровлення в дитячому закладі оздоровлення та відпочинку:

Загальний стан _____

Вага при надходженні _____

Вага при від'їзді _____

Динамометрія _____

Спірометрія _____

Дата « _____ » _____ 20 ____ року

Лікар

оздоровчого табору _____

(прізвище, підпис)

Довідка підлягає поверненню в заклад охорони здоров'я за місцем спостереження дитини.

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 076/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № _____
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____	
Код за ЄДРПОУ _____	

САНАТОРНО-КУРОРТНА КАРТА ДЛЯ ДІТЕЙ ВІКОМ 0–17 РОКІВ ВКЛЮЧНОДата заповнення _____
(число, місяць, рік)**I. ЗАГАЛЬНІ ДАНІ**

1.1. Найменування, місцезнаходження (поштова адреса) та телефон закладу охорони здоров'я за місцем диспансерного нагляду дитини _____

1.2. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____

Дошкільний (загальноосвітній, професійно-технічний, вищий) навчальний заклад № _____ клас (група) _____

1.3. Дата народження _____
(найменування навчального закладу)
(число, місяць, рік)

1.4. Місце проживання, телефон _____

1.5. Прізвище, ім'я, по батькові одного з батьків або опікунів, місце роботи, телефон _____

II. МЕДИЧНІ ДАНІ

2.1. Анамнез: антропометричні дані, особливості розвитку, перенесені захворювання, травми (в якому віці) _____

2.2. Спадковість _____

2.3. Профілактичні щеплення (вказати дати проведення) _____

2.4. Анамнез зазначеного захворювання: з якого віку хворіє, особливості і характер перебігу, частота загострень, дата останнього загострення, лікування, яке проводиться (в тому числі протирецидивне), вказати, чи користувався санаторно-курортним лікуванням, скільки разів, де і коли, дата останнього відвідування дільничного педіатра, лікаря загальної практики-сімейного лікаря, наявність алергічних захворювань _____

2.5. Скарги в цей період _____

2.6. Дані об'єктивного огляду _____

2.7. Дані лабораторного, рентгенологічного та інших досліджень:	
загальний аналіз сечі _____	Дата « ____ » _____ 20 ____ року
загальний аналіз крові _____	Дата « ____ » _____ 20 ____ року
аналіз калу на яйця гельмінтів _____	Дата « ____ » _____ 20 ____ року
аналіз калу на кишкову групу _____	Дата « ____ » _____ 20 ____ року
аналіз на дифтерію (із зіву і носа) _____	Дата « ____ » _____ 20 ____ року
флюорографія _____	Дата « ____ » _____ 20 ____ року
інші дослідження _____	
	Дата « ____ » _____ 20 ____ року
2.8. Діагноз основний _____	
2.9. Супутні захворювання _____	
2.10. Висновок щодо потреби дитини у супроводі одного з батьків або законних представників _____	
2.11. Згода батьків (законних представників) на лікування дитини у санаторно-курортному закладі _____	
	(прізвище, підпис)
	Лікуючий лікар _____
М.П.	(прізвище, підпис)
	Завідувач відділення _____
	(прізвище, підпис)
III. ВИСНОВОК САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ ВІДБІРКОВОЇ КОМІСІЇ (далі – СКВК)	
3.1. Діагноз основний _____	
3.2. Супутні захворювання _____	
3.3. Рекомендоване санаторно-курортне лікування (вписати) _____	
	Голова комісії _____
	(прізвище, підпис)
М.П.	Члени комісії _____
	(прізвище, підпис)
	Дата _____
	(число, місяць, рік)

IV. ПІДЛЯГАЄ ПОВЕРНЕННЮ В ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА МІСЦЕМ ДИСПАНСЕРНОГО
НАГЛЯДУ ДИТИНИ

4.1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____

4.2. Перебував у санаторно-курортному закладі _____

4.3. Діагноз санаторно-курортного закладу _____

4.4. Супутні захворювання _____

4.5. Проведене лікування (види лікування, кількість процедур) _____

4.6. Ефективність (динаміка антропометричних, гематологічних показників, функціональних проб, зміни в соматичному статусі та інші, загальна оцінка результатів лікування)

4.7. Рекомендації щодо подальшого лікування _____

4.8. Контакти з інфекційними хворими _____

4.9. Перенесені інτερкурентні захворювання і загострення основного та супутніх захворювань

4.10. Рішення СКВК санаторно-курортного закладу у випадку виявлення протипоказань, виявлення дефектури до санаторно-курортного лікування дитини:

М.П.

Завідувач відділення _____

(прізвище, підпис)

Головний лікар _____

(прізвище, підпис)

Дата « _____ » _____ 20 _____ року

