МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА

Внимательно ознакомьтесь с содержанием анкеты и постарайтесь максимально точно ответить на вопросы.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ф.И.О. законного представителя:** | | | | |
| **Телефон, по которому можно с Вами связаться в случае необходимости:** | | | | |
| **Ф.И.О. ребенка:** | | Пол: | | |
| Дата рождения (день, месяц, год): | | Полных лет: | | |
| **1** | Есть ли у Вашего ребенка пищевые аллергии?  Если да, то на какие продукты:  Пожалуйста, уточните даже единичные случаи. | Да | | Нет |
| **2** | Есть ли у Вашего ребенка аллергия на лекарственные препараты? Если да, то на какие:  Пожалуйста, уточните даже единичные случаи. | Да | | Нет |
| **3** | Есть ли у Вашего ребенка аллергия на бытовую химию/предметы ухода?  (Хлорка, дезодоранты и т.д) Если да, то на какие:  Пожалуйста, уточните даже единичные случаи. | Да | | Нет |
| **4** | Есть ли у Вашего ребенка другие специфические аллергии? (аллергия на пыльцу, пыль, пчел и др.)  Если да, то укажите какие:  Пожалуйста, уточните даже единичные случаи. | Да | | Нет |
| **5** | Есть ли у Вашего ребенка хронические заболевания?  Если да, то укажите какие: | Да | | Нет |
| **6** | Должен ли Ваш ребенок придерживаться диеты, связанной с его здоровьем? Если да, то укажите номер стола, прописанный Вашим лечащим врачом: | Да | | Нет |
| **7** | Какими препаратами Вы обычно пользуетесь для лечения ОРВИ?  (Укажите наиболее часто используемые жаропонижающие, противовирусные и др) | | | |
| **8** | Есть ли у Вашего ребенка препараты, которые нужно принимать во время   проведения Экоэкспедиции?  Если да, то укажите препараты и схему приема (ежедневно/через день, сколько   раз в день, дозировка, связь с приемом пищи, необходим ли контроль приема) | | Да | Нет |
| **9** | Были ли у Вашего ребенка травмы и/или операции?  Если да, то укажите какие и в каком году: | | Да | Нет |
| **10** | Хорошо ли Ваш ребенок переносит жару? | | Да | Нет |
| **11** | Хорошо ли Ваш ребенок переносит резкие перемены погоды? | | Да | Нет |
| **12** | Бывают ли у Вашего ребенка приступы головной боли? Если да, то укажите как часто и как купировать головную боль (отдых, прием лекарств). Если используете лекарственные препараты, то укажите какие: | | Да | Нет |

Что рекомендуется взять с собой:

* Солнцезащитный крем
* Пантенол спрей (против солнечных ожогов, лучше всего именно формат спрея)
* Жаропонижающие, противовирусные и др. препараты при простуде
* Обезболивающие (при необходимости)
* Антигистаминные (противоаллергические)
* Бактерицидный пластырь

Все препараты должны быть в оригинальных упаковках, с инструкцией. Аптечка Вашего ребенка должна быть подписана.

Укажите какие препараты есть с собой у ребенка:

Законный представитель   
ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись, дата, Ф.И.О.