

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
09.07.2010 № 92

**Выдержка из ИНСТРУКЦИИ  
о порядке заполнения формы 1 здр/у-10 «Медицинская справка о  
состоянии здоровья», формы 1 мед/у-10 «Выписка из медицинских  
документов»**

11. При выдаче медицинской справки о состоянии здоровья усыновляемого ребенка, ребенка, передаваемого опекуну (попечителю), родителю-воспитателю, на воспитание в приемную семью, в графе «Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения)» указываются (при наличии данных) вес, рост и оценка по шкале Апгар ребенка при рождении, семейно-генеалогический анамнез.

В графу «Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее)» вносятся:

сведения из карты профилактических прививок ребенка с указанием вакцинаций и даты их проведения с рождения;

вес и рост ребенка;

результаты осмотров врачей-специалистов (педиатра, хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, стоматолога, невролога, психиатра-нарколога, логопеда) с указанием диагноза, даты осмотра, подписи и личной печати врача-специалиста;

результаты обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на ВИЧ, Hbs-Ag, RW) с указанием даты проведения исследования.

В графе «Заключение» отражается общее заключение о состоянии здоровья ребенка, указывается без сокращений его физическое и нервно-психическое развитие.

В графе «Срок действия справки» указывается один год.

Наименование организации \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА  
о состоянии здоровья**

Дана \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол: мужской/женский  
(число, месяц, год)

Место жительства \_\_\_\_\_

Цель выдачи справки разрешение вопроса об установлении опеки, усыновления

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) \_\_\_\_\_

Вес при рождении \_\_\_\_\_ Рост при рождении \_\_\_\_\_  
(при наличии данных) (при наличии данных)

Оценка по шкале Апгар при рождении \_\_\_\_\_  
(при наличии данных)

Семейно-генеалогический анамнез \_\_\_\_\_

Дополнительные медицинские сведения (осмотр специалистов):

врач-педиатр: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-хирург: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-офтальмолог: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-оториноларинголог: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-стоматолог: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-невролог: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-психиатр-нарколог: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

логопед: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_

Анализ крови общий: \_\_\_\_\_  
(дата, результат)

Анализ крови на ВИЧ-инфекцию \_\_\_\_\_  
(дата, результат)

Анализ крови Hbs-Ag \_\_\_\_\_  
(дата, результат)

Анализ крови RW \_\_\_\_\_  
(дата, результат)

Анализ мочи общий \_\_\_\_\_  
(дата, результат)

Выписка из карты профилактических прививок \_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_  
(общее заключение о состоянии здоровья ребенка, указывается без сокращений)

его физическое и нервно-психическое развитие)

Дата выдачи справки \_\_\_\_\_

Срок действия справки один год

Руководитель организации \_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы, фамилия)

М.П.