

***OROSZ NYELVŰ ADATLAP***

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТОЧКА УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ-БЕЖЕНЦЕМ В  
ВОЗРАСТЕ 0-18 ЛЕТ ДЛЯ ПАТРОНАЖНОЙ СЕСТРЫ**

(заполните форму печатными буквами)

**Фамилия, имя:** .....

**Место рождения:** ..... Страна..... поселение

**Дата рождения:** ..... год ..... месяц ..... день

**Имя матери:** .....

**Имя отца:** .....

**Место нахождения в Венгрии:** .....населенный пункт

..... почтовый индекс ..... улица ..... номер дома ...../... этаж/дверь

**Учреждение:** .....

**Находится в Венгрии с законным представителем:** да нет

**Имя законного представителя, (телефон) контактные данные:**

**Находится в Венгрии с незаконным представителем, имя представителя/опекуна:**

**Контакты представителя/опекуна (телефон):**

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА:**

**Острые жалобы, симптомы:** .....

.....

**Хронические заболевания, аллергия:**

.....

**Принимаемые регулярно лекарства:** .....

.....

**Имеются ли в наличии принимаемые регулярно лекарства:** да нет

**Прежние инфекционные заболевания:**

.....

.....

**Аварии, операции:**.....

.....

**Направление к врачу:** необходимо нет надобности

**Имя (семейного) врача общей практики/ педиатра:**

.....

**контакты (телефон):** .....

## ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИВИВКИ:

(если имеется сертификат о вакцинации, то формуляр должен быть точно заполнен на его основании, в противном случае необходимо записать информацию, предоставленную родственником). Особое внимание следует обратить на наличие прививки от кори).

Вакцина	дата:	дата:	дата:	дата:	дата:	дата:
<b>BCG:</b>						
<b>Di-Per-Te:</b>						
<b>Hib:</b>						
<b>IPV vagy OPV:</b>						
<b>Pneumococcus:</b>						
<b>Morbilli:</b>						
<b>Rubeola</b>						
<b>Mumps:</b>						
<b>Meningococcus B</b>						
<b>Meningococcus C.</b>						
<b>Rotavirus enteritis</b>						
<b>Varicella:</b>						
<b>Hepatitis A:</b>						
<b>Hepatitis B:</b>						
<b>против ковида</b>						

в случае детей в возрасте до 2 лет – указать обстоятельства беременности и родов:

Период беременности: .... недели, протекание беременности:

.....,

вид родов: .....

Вес при рождении: .....г,

Другое (порок развития, родовая травма, респираторная поддержка, трудности с кормлением и т.д.):

.....  
 .....  
 .....

**Пособие по уходу за ребенком:** .....

.....  
 .....

**Контакт налажен:**

с семейным врачом-педиатром:.....

с центром обеспечения благосостояния детей:

.....

с государственным управлением по опеке и попечительству:

.....

с гражданской/благотворительной, церковной организацией поддержки:

.....

**Дата:**

Имя патронажной сестры: .....      подпись: .....

основной регистрационный номер: .....      место печати:.....