

(Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 28.05.2016, 8/30937)
**ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ**
29 апреля 2016 г. № 66

Об установлении форм медицинских документов

Изменения и дополнения:

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 июня 2022 г. № 61 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/38379 от 11.07.2022 г.) <W22238379>

На основании подпункта 8.37 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Установить:

- форму 061/у «Врачебно-контрольная карта спортсмена» согласно приложению 1;
- форму 062/у «Врачебно-контрольная карта спортсмена национальной и сборной команд Республики Беларусь по виду (видам) спорта» согласно приложению 2;
- форму 067/у «Журнал регистрации случаев оказания медицинской помощи на спортивных мероприятиях» согласно приложению 3;
- форму 068/у «Журнал медицинского обслуживания спортивных мероприятий» согласно приложению 4.

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

В.И.Жарко

СОГЛАСОВАНО

Министр спорта и туризма
Республики Беларусь

А.И.Шамко
28.04.2016

(наименование юридического лица (структурного подразделения))

Место
для
фотографии
(30 x 40)

ВРАЧЕБНО-КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА СПОРТСМЕНА

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____

Число, месяц, год рождения _____ Пол _____

Место жительства (место пребывания), контактный телефон _____

Организация здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) _____

Наименование организации физической культуры и спорта _____

Место учебы, работы _____

Спортивный разряд _____

Фамилия, инициалы тренера _____

Дата заполнения _____

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____

Число, месяц, год рождения _____ Пол _____

Место жительства (место пребывания), контактный телефон _____

Место работы (учебы) _____

Перенесенные заболевания, операции, травмы, аллергологический анамнез _____

Семейный анамнез _____

С какого возраста начал заниматься спортом _____

Динамика спортивного результата (год/спортивный разряд) _____

Дополнительная информация _____

ЛИСТ УТОЧНЕННЫХ ДИАГНОЗОВ

ДАННЫЕ ТЕКУЩЕГО СПОРТИВНОГО АНАМНЕЗА _____

(дата медицинского осмотра)

Краткие данные об участии в спортивных мероприятиях	
---	--

Врач-оториноларинголог	Врач спортивной медицины
Врач-хирург (врач – травматолог-ортопед)	
Врач-невролог	
Врач-офтальмолог	
Врач-эндокринолог	
Другие врачи-специалисты (вписать)	Электрокардиограмма

АНТРОПОМЕТРИЯ, СПИРОМЕТРИЯ, ДИНАМОМЕТРИЯ

		Дата медицинского осмотра	Дата медицинского осмотра	Дата медицинского осмотра	Дата медицинского осмотра
Вес					
Рост стоя					
Окружность грудной клетки	вдох				
	выдох				
	пауза				
	размах				
Спирометрия					
Динамометрия	кость левая				
	кость правая				
	становая				

ТЕСТИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

Дата медицинского осмотра					Физическое развитие		
В покое					Диагноз		
Дыхание		Артериальное давление					
Частота сердечных сокращений		Характер пульса					
После нагрузки							
Время					Медицинская группа		
Частота сердечных сокращений							
Характер пульса							

Восстановление частоты сердечных сокращений				
Артериальное давление				
Восстановление артериального давления				
Частота и характер дыхания				
Заключение				

Допуск к тренировкам, соревнованиям	
Повторный медицинский осмотр	
Рекомендованные диагностические и лечебно-профилактические мероприятия	
Подпись, печать врача-специалиста	

ПРИМЕЧАНИЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Дата медицинского осмотра, жалобы, объективный статус, диагноз и рекомендации

Приложение 2
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
29.04.2016 № 66

Форма 062/у

(наименование юридического лица (структурного подразделения))

Место
для
фотографии
(30 x 40)

ВРАЧЕБНО-КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА спортсмена национальной и сборной команд Республики Беларусь по виду (видам) спорта

Фамилия _____
Собственное имя _____
Отчество (если таковое имеется) _____
Наименование организации физической культуры и спорта _____
Вид спорта _____
Спортивный разряд _____
Место жительства (место пребывания), контактный телефон _____
Организация здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) _____

Фамилия, инициалы тренера _____

Фамилия, инициалы врача-специалиста _____

Дата заполнения _____

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____

Число, месяц, год рождения _____ Пол _____

Место жительства (место пребывания), контактный телефон _____

Место работы (учебы) _____

Перенесенные заболевания, операции, травмы, аллергологический анамнез _____

Семейный анамнез _____

С какого возраста начал заниматься спортом _____

Динамика спортивного результата (год/спортивный разряд) _____

Дополнительная информация _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Флюорография	
Онкологический осмотр	
Иммунизация	

ЛИСТ УТОЧНЕННЫХ ДИАГНОЗОВ

АНТРОПОМЕТРИЯ, СПИРОМЕТРИЯ, ДИНАМОМЕТРИЯ

Дата					
Возраст					
Вес					
Рост стоя					
Рост сидя					
Окружность	шеи				
	плеча правого	спокойного			
		напряженного			
	плеча левого	спокойного			

	напряженного			
	грудной клетки вдох			
	грудной клетки выдох			
	грудной клетки пауза			
	грудной клетки размах			
	бедро правого			
	бедро левого			
	голени правой			
	голени левой			
Диаметр	плечевой			
	грудной фронтальный			
	грудной сагитальный			
	тазовый			
Динамометрия правой кисти				
Динамометрия левой кисти				
Динамометрия станковая				
Жизненная емкость легких				
Оценка физического развития				

МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ

Врач – травматолог-ортопед	Врач-невролог
Врач-офтальмолог	Врач-оториноларинголог
Иные врачи-специалисты	
Электрокардиограмма	Эхокардиография

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО СТАТУСА

Дата обследования	
1. Когда и с каким результатом закончил предыдущий спортивный сезон	
2. Продолжительность и характер отдыха после предыдущего сезона	
3. Заболевания (в том числе травмы) в текущем спортивном сезоне	
4. Как оценивает спортсмен свою тренированность в настоящее время	
5. Участие в соревнованиях в текущем сезоне	
6. Дополнительные сведения	

МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ВРАЧА СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Жалобы	Кожа, видимые слизистые
Лимфатическая система	Опорно-двигательная система
Органы дыхания	Органы кровообращения
Органы пищеварения	Мочеполовая система
Тестирование физической работоспособности	

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ОСМОТРУ

Оценка физического развития	
-----------------------------	--

Диагноз	
Допуск к тренировкам/соревнованиям	
Общие указания по режиму тренировок	
Рекомендованные диагностические и лечебно-профилактические мероприятия	
Повторный медицинский осмотр	
Подпись, печать врача-специалиста	

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

ФАРМ-РЕЛИЗ

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Дата медицинского осмотра, жалобы, объективный статус, диагноз и рекомендации

ПРИМЕЧАНИЯ

(наименование юридического лица (структурного подразделения))

(адрес, контактный телефон)

ЖУРНАЛ **регистрации случаев оказания медицинской помощи на спортивных мероприятиях**

Начат _____

Окончен _____

№ п/п	Дата и час регистрации	Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)	Год рождения	Пол	Домашний адрес	К какой организации или физкультурному коллективу принадлежит	Травма получена во время тренировки, учебно- тренировочного сбора, соревнования (вписать)	Вид спорта, упражнения, при котором произошла травма
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Стаж (лет, месяцев) в этом виде спорта	Спортивный разряд или квалификация	Диагноз заболевания, травмы (локализация и характер травмы), повреждения	Причина, повлекшая получение травмы	Данная травма первичная или повторная (вписать)	Оказанная медицинская помощь	Фамилия и должность служащего лица, оказавшего медицинскую помощь	Примечание
10	11	12	13	14	15	16	17

Форма 068/у

(наименование юридического лица (структурного подразделения))

(адрес, контактный телефон)

ЖУРНАЛ **медицинского обслуживания спортивных мероприятий**

Начат _____

Окончен _____

№ п/п	Дата и часы проведения спортивных мероприятий	Наименование спортивных мероприятий	Наименование спортивной организации	Наименование спортивного объекта	Число участников	Санитарная оценка условий проведения спортивного мероприятия	Число отстраненных от участия в спортивных мероприятиях
1	2	3	4	5	6	7	8

Число обращений на медицинский пункт		Из числа участников получили спортивные травмы		Госпитализировано		Претензии к судейскому аппарату и организационному комитету, результат разрешения претензии	Фамилия врача- специалиста, медицинской сестры, обслуживавших спортивное мероприятие	Примечание
участников	иных лиц	тяжелые	средней тяжести	участников	иных лиц			
9	10	11	12	13	14	15	16	17

Примечание. Сведения для заполнения граф 9–14 берутся из формы 067/у «Журнал регистрации случаев оказания медицинской помощи на спортивных мероприятиях».