|  |  |
| --- | --- |
| **ПАМЯТКА ДЛЯ ОТДЫХАЮЩЕГО**  Центр является социальным учреждением. Специального обследования и специфического лечения не производится, медицинские мероприятия направлены на общее оздоровления. Диетическое питание не предоставляется. В случае ухудшения состояния здоровья отдыхающий направляется в стационар, при отказе от госпитализации - по месту жительства.  По прибытии в Центр, отдыхающий должен иметь при себе:   1. Заполненное медицинское заключение о состоянии здоровья, подписанное врачом с печатью учреждения. 2. Электрокардиограмму (давностью не позднее 30 дней) с заключением. 3. Выписной эпикриз последней госпитализации. 4. Медикаменты, рекомендуемые лечащим врачом поликлиники или стационара в количестве, необходимом на все время пребывания в Центре. 5. Паспорт и удостоверение ветерана. 6. Страховой медицинский полис. 7. Спортивную форму (легкую одежду) и тапочки с задниками для занятий лечебной физкультурой. 8. Для посещения бассейна и водолечебницы: справку врача-дерматолога об отсутствии грибковых заболеваний, резиновые тапочки, резиновую шапочку, плавки (купальник), мыло, мочалку, полотенце.   Прием в Центр в дни заезда осуществляется​ с 10.00 до 13.00 часов. Опоздание допускается до 3-х дней, при условии оповещения по телефону. При этом срок отдыха не продлевается.  Адрес Центра: Олимпийский проспект, д.7, корп.1.  Проезд:   * метро "Проспект Мира", далее пешком. * метро "Цветной бульвар", автобус № 24, остановка "Дом ветеранов войн". | **МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  о состоянии здоровья, оформляющегося в Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооруженных Сил |

|  |  |
| --- | --- |
| **МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**   1. Острые и хронические заболевания в стадии обострения. 2. Психопатии, психозы, тяжелые ипохондрические, депрессивные и навязчивые состояния; эпилепсия и другие припадки; наркомания, хронический алкоголизм. 3. Грибковые и паразитарные заболевания кожи, венерические, карантинные инфекционные заболевания, бактерио- и вирусоносительство, активная форма туберкулеза. 4. Заболевания, требующие стационарного лечения или хирургического вмешательства, нуждающиеся в обработке и перевязке язв, свищей цистостом и других дренажей. 5. Заболевания, требующие постоянного специального ухода за больными, отсутствие у них способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. 6. Сложные нарушения сердечного ритма; экстрасистолия по типу бигемении, тригемении; полная АВ-блокада. 7. Злокачественная артериальная гипертония с кризовым течением. 8. ИБС: перенесенный менее 6 месяцев назад инфаркт миокарда; частые приступы стенокардии напряжения и покоя, левожелудочковая недостаточность (сердечная астма); недостаточность кровообращения выше II Б стадии. 9. Тромбоэмболическая болезнь, заболевания сосудов (атеросклероз, эндартериит, тромбофлебит) с декомпенсацией периферического кровообращения, наличие язв и гангрен. 10. Бронхиальная астма с часто повторяющимися тяжелыми приступами. 11. Заболевания, требующие диетического питания; тяжелые и сложные формы сахарного диабета с выраженной гипергликемией (выше 9 ммоль/л). 12. Недержание мочи, макрогематурия. | Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата, месяц и год рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Домашний адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Амбулаторное лечение (название препаратов и дозировка): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Динамика ЭКГ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(последняя ЭКГ давностью не позднее 30-дневной и заключение)*  Противопоказания к пребыванию в Социально-реабилитационном центре: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(есть - нет)*  Наименование учреждения, выдавшего заключение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фамилия врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Печать учреждения. |