# Zdravotní deník tábora

(DOPORUČENÁ VERZE)

# ZÁKLADNÍ ÚDAJE O TÁBOŘE

**Název:** _____

**Adresa:** _____

**Pořádající osoba*:** _____

**Termín konání:** _____

**Celkový počet dětí:** _____ **Počet pracovníků tábora:** _____

## ZDRAVOTNÍ DOZOR TÁBORA

**Jméno a příjmení lékaře:** _____

**Sídlo ordinace:** _____

**Provozní doba:** _____

**Telefon:** _____

## HYGIENICKÝ DOZOR TÁBORA

**Kontaktní osoba:** _____

**Sídlo hygienické stanice:** _____

**Provozní doba:** _____

**Telefon:** _____

## ZDRAVOTNÍK TÁBORA

**Jméno a příjmení:** _____

**Kvalifikace:** _____

* dříve provozovatel / pořadatel

# SOUPIS PRAVIDELNĚ VYDÁVANÝCH LÉKŮ

| Ráno před snídaní | | |
|---|---|---|
| Jméno | Název léku | Poznámka - dávkování |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| **Ráno po snídani** | | |
| Jméno | Název léku | Poznámka - dávkování |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| **V poledne před obědem** | | |
| Jméno | Název léku | Poznámka - dávkování |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| **V poledne po obědě** | | |
| Jméno | Název léku | Poznámka - dávkování |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Večer před večeří | | |
|---|---|---|
| Jméno | Název léku | Poznámka - dávkování |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| **Večer po večeři** | | |
| Jméno | Název léku | Poznámka - dávkování |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| **Pouze při obtížích** | | |
| Jméno | Název léku | Druh potíží a dávkování |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# POTVRZENÍ O PROŠKOLENÍ PRACOVNÍKŮ TÁBORA O HYGIENICKÝCH PODMÍNKÁCH PROVOZU TÁBORA A ZAJIŠTĚNÍ OSOBNÍ HYGIENY ÚČASTNÍKŮ A O SEZNÁMENÍ SE ZDRAVOTNÍM STAVEM DĚTÍ

Prohlašuji, že jsem se v uvedeném termínu zúčastnil/a instruktáže o hygienických požadavcích na zotavovací akce, o předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a jiných poškození zdraví, o hygienických podmínkách provozu zotavovací akce a zajištění osobní hygieny účastníků této akce. Současně jsem byl/a zdravotníkem tábora seznámen/a se zdravotním stavem účastníků tábora.

| Jméno a příjmení osoby činné na zotavovací akci | Funkce | Datum proškolení | Podpis |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## PROHLÁŠENÍ OSOB ČINNÝCH PŘI ZOTAVOVACÍ AKCI

Prohlašuji, že nepociťuji známky akutního onemocnění (např. horečky nebo průjmy) a ve 14 kalendářních dnech před příjezdem na zotavovací akci jsem nepřišel/nepřišla do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani mi nebylo nařízeno karanténní opatření.

| Jméno a příjmení | Adresa bydliště | Datum | Podpis |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Prohlašuji, že níže uvedené dítě, které je v mé péči, nejeví známky akutního onemocnění (např. horečky nebo průjmu) a ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na zotavovací akci nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy, ani mu není nařízeno karanténní opatření.
Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

| Jméno a příjmení | Adresa bydliště | Datum | Podpis |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Prohlašuji, že níže uvedené dítě, které je v mé péči, nejeví známky akutního onemocnění (např. horečky nebo průjmu) a ve 14 kalendářních dnech před odjezdem na zotavovací akci nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy, ani mu není nařízeno karanténní opatření.
Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

| Jméno a příjmení | Adresa bydliště | Datum | Podpis |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# PROHLÁŠENÍ NÁVŠTĚV ZOTAVOVACÍ AKCE

Prohlašuji, že nepociťuji známky akutního onemocnění (např. horečky nebo průjmy) a ve 14 kalendářních dnech před příjezdem na zotavovací akci jsem nepřišel/nepřišla do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani mi nebylo nařízeno karanténní opatření.

| Jméno a příjmení | Adresa bydliště | Datum | Podpis |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# PROHLÁŠENÍ NÁVŠTĚV ZOTAVOVACÍ AKCE

Prohlašuji, že nepociťuji známky akutního onemocnění (např. horečky nebo průjmy) a ve 14 kalendářních dnech před příjezdem na zotavovací akci jsem nepřišel/nepřišla do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani mi nebylo nařízeno karanténní opatření.

| Jméno a příjmení | Adresa bydliště | Datum | Podpis |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## POTVRZENÍ O PŘEDČASNÉM ODJEZDU DÍTĚTE Z TÁBORA

Potvrzuji, že jsem na základě dohody s vedením tábora převzal/a dne ....., dítě....., narozené....., a to z následujících důvodů:.....
.....
Zdravotní stav dítěte odpovídá předané zdravotní dokumentaci. Současně byly předány i veškeré osobní věci dítěte, Zdravotní list účastníka tábora a Osvědčení o zdravotní způsobilosti.

Dne: .....
podpis zákonného zástupce nebo pověřené osoby

---

## POTVRZENÍ O PŘEDČASNÉM ODJEZDU DÍTĚTE Z TÁBORA

Potvrzuji, že jsem na základě dohody s vedením tábora převzal/a dne ....., dítě....., narozené....., a to z následujících důvodů:.....
.....
Zdravotní stav dítěte odpovídá předané zdravotní dokumentaci. Současně byly předány i veškeré osobní věci dítěte, Zdravotní list účastníka tábora a Osvědčení o zdravotní způsobilosti.

Dne: .....
podpis zákonného zástupce nebo pověřené osoby

---

## POTVRZENÍ O PŘEDČASNÉM ODJEZDU DÍTĚTE Z TÁBORA

Potvrzuji, že jsem na základě dohody s vedením tábora převzal/a dne ....., dítě....., narozené....., a to z následujících důvodů:.....
.....
Zdravotní stav dítěte odpovídá předané zdravotní dokumentaci. Současně byly předány i veškeré osobní věci dítěte, Zdravotní list účastníka tábora a Osvědčení o zdravotní způsobilosti.

Dne: .....
podpis zákonného zástupce nebo pověřené osoby

---

## POTVRZENÍ O PŘEDČASNÉM ODJEZDU DÍTĚTE Z TÁBORA

Potvrzuji, že jsem na základě dohody s vedením tábora převzal/a dne ....., dítě....., narozené....., a to z následujících důvodů:.....
.....
Zdravotní stav dítěte odpovídá předané zdravotní dokumentaci. Současně byly předány i veškeré osobní věci dítěte, Zdravotní list účastníka tábora a Osvědčení o zdravotní způsobilosti.

Dne: .....
podpis zákonného zástupce nebo pověřené osoby

---

## POTVRZENÍ O PŘEDČASNÉM ODJEZDU DÍTĚTE Z TÁBORA

Potvrzuji, že jsem na základě dohody s vedením tábora převzal/a dne ....., dítě....., narozené....., a to z následujících důvodů:.....
.....
Zdravotní stav dítěte odpovídá předané zdravotní dokumentaci. Současně byly předány i veškeré osobní věci dítěte, Zdravotní list účastníka tábora a Osvědčení o zdravotní způsobilosti.

Dne: .....
podpis zákonného zástupce nebo pověřené osoby

---

## POTVRZENÍ O PŘEDČASNÉM ODJEZDU DÍTĚTE Z TÁBORA

Potvrzuji, že jsem na základě dohody s vedením tábora převzal/a dne ....., dítě....., narozené....., a to z následujících důvodů:.....
.....
Zdravotní stav dítěte odpovídá předané zdravotní dokumentaci. Současně byly předány i veškeré osobní věci dítěte, Zdravotní list účastníka tábora a Osvědčení o zdravotní způsobilosti.

Dne: .....
podpis zákonného zástupce nebo pověřené osoby

---

## POTVRZENÍ O PŘEDČASNÉM ODJEZDU DÍTĚTE Z TÁBORA

Potvrzuji, že jsem na základě dohody s vedením tábora převzal/a dne ....., dítě....., narozené....., a to z následujících důvodů:.....
.....
Zdravotní stav dítěte odpovídá předané zdravotní dokumentaci. Současně byly předány i veškeré osobní věci dítěte, Zdravotní list účastníka tábora a Osvědčení o zdravotní způsobilosti.

Dne: .....
podpis zákonného zástupce nebo pověřené osoby

---

## POTVRZENÍ O PŘEDČASNÉM ODJEZDU DÍTĚTE Z TÁBORA

Potvrzuji, že jsem na základě dohody s vedením tábora převzal/a dne ....., dítě....., narozené....., a to z následujících důvodů:.....
.....
Zdravotní stav dítěte odpovídá předané zdravotní dokumentaci. Současně byly předány i veškeré osobní věci dítěte, Zdravotní list účastníka tábora a Osvědčení o zdravotní způsobilosti.

Dne: .....
podpis zákonného zástupce nebo pověřené osoby

---

# POTVRZENÍ O PŘEVZETÍ INFORMACE O ZDRAVOTNÍCH OBTÍŽÍCH A PŘÍPADNÉM KONTAKTU S INFEKCÍ

Potvrzuji převzetí písemné informace o zdravotních obtížích a případném kontaktu s infekcí mého dítěte v průběhu jeho pobytu na zotavovací akci.

| Jméno a příjmení dítěte | Datum převzetí | Počet listů | Podpis zákonného zástupce nebo osoby pověřené k převzetí dítěte |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# POTVRZENÍ O PŘEVZETÍ INFORMACE O ZDRAVOTNÍCH OBTÍŽÍCH A PŘÍPADNÉM KONTAKTU S INFEKCÍ

Potvrzuji převzetí písemné informace o zdravotních obtížích a případném kontaktu s infekcí mého dítěte v průběhu jeho pobytu na zotavovací akci.

| Jméno a příjmení dítěte | Datum převzetí | Počet listů | Podpis zákonného zástupce nebo osoby pověřené k převzetí dítěte |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **JMÉNO:** | | **PŘÍJMENÍ:** | |
| **RODNÉ ČÍSLO:** | | **POJIŠŤOVNA:** | |
| **POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI VYDAL:** | | | |
| **DATUM VYDÁNÍ POSUDKU:** | | | |

| **Důležité informace o zdravotním stavu dítěte** |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| **Záznamy o zjištěné teplotě a jejím sledování** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Datum | hod. | teplota | hod. | teplota | hod. | teplota | hod. | teplota | hod. | teplota | hod. | teplota |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| **Záznamy o zdravotních potížích a přijatých opatřeních** | | | |
|---|---|---|---|
| Datum a hodina | Popis zdravotních potíží | Přijatá opatření a termín kontroly | Podané léky |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

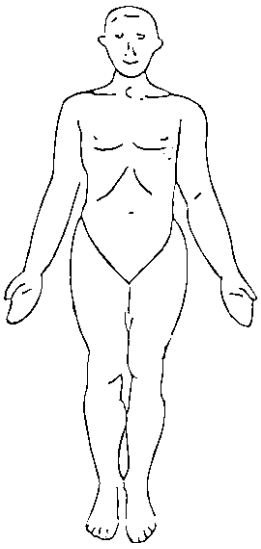
| **Seznam příloh, které jsou předány přebírající osobě** | | | |
|---|---|---|---|
| Příloha č. | Název přílohy | Příloha č. | Název přílohy |
| | | | |
| | | | |

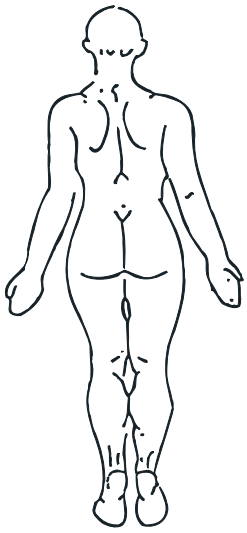
| Záznamy o střevních potížích | | | |
|---|---|---|---|
| Datum | Poslední jídlo (jaké) | Přijatá opatření (včetně opatření v celém táboře) | Četnost a stav stolice |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Doporučení:
Při výskytu střevních potíží odebrat vzorek stravy.

| Záznamy o úrazech a napadení klíštětem a vší | | | |
|---|---|---|---|
| Datum a hodina | Popis úrazu | Přijatá opatření a termín kontroly | číslo v nákresu |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |

Doporučení:
I kvůli pojišťovně v případě úrazu zapsat děj.





| | | | |
|---|---|---|---|
| **JMÉNO:** | | **PŘÍJMENÍ:** | |
| **RODNÉ ČÍSLO:** | | **POJIŠŤOVNA:** | |
| **POSUDEK O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI VYDAL:** | | | |
| **DATUM VYDÁNÍ POSUDKU:** | | | |

| **Důležité informace o zdravotním stavu dítěte** |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| **Záznamy o zjištěné teplotě a jejím sledování** | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Datum | hod. | teplota | hod. | teplota | hod. | teplota | hod. | teplota | hod. | teplota | hod. | teplota |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| **Záznamy o zdravotních potížích a přijatých opatřeních** | | | |
|---|---|---|---|
| Datum a hodina | Popis zdravotních potíží | Přijatá opatření a termín kontroly | Podané léky |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

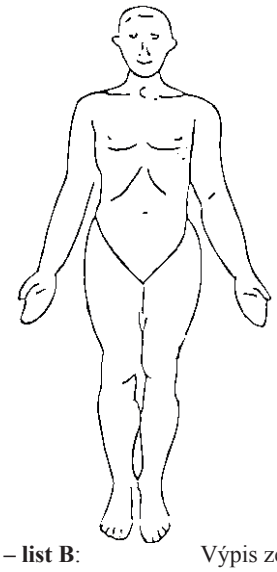
| **Seznam příloh, které jsou předány přebírající osobě** | | | |
|---|---|---|---|
| Příloha č. | Název přílohy | Příloha č. | Název přílohy |
| | | | |
| | | | |

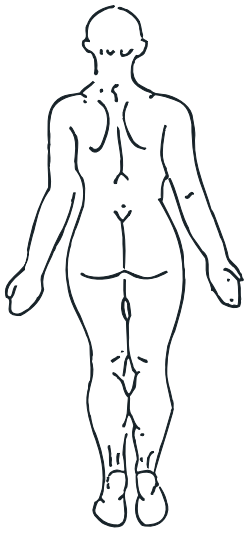
| Záznamy o střevních potížích | | | |
|---|---|---|---|
| Datum | Poslední jídlo (jaké) | Přijatá opatření (včetně opatření v celém táboře) | Četnost a stav stolice |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Doporučení:
Při výskytu střevních potíží odebrat vzorek stravy.

| Záznamy o úrazech a napadení klíštětem a vší | | | |
|---|---|---|---|
| Datum a hodina | Popis úrazu | Přijatá opatření a termín kontroly | číslo v nákresu |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |
| | | | |
| děj: | | | |

Doporučení:
I kvůli pojišťovně v případě úrazu zapsat děj.





# MINIMÁLNÍ ROZSAH VYBAVENÍ LÉKÁRNIČKY PRO ZOTAVOVACÍ AKCE PRO DĚTI

dle Vyhlášky č. 106/2001 Sb. o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti, ve znění vyhl. č. 148/2004 Sb., vyhl. č. 320/2010 Sb. a vyhl. č. 422/2013 Sb., Přílohy č. 4.

## I. Léčivé přípravky (pouze ty, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis)

- přípravky proti teplotě a bolestem (antipyretika, analgetika)
- tablety proti nevolnosti při jízdě dopravním prostředkem (antiemetika)
- přípravky k užití při průjmu
- přípravky proti kašli (antitusika, expektorancia)
- kloktadlo pro dezinfekci dutiny ústní a při bolestech hltanu (stomatologika)
- oční kapky nebo oční mast s dezinfekčním účinkem, oční voda na výplach očí (oftalmologika)
- mast nebo gel při poštípání hmyzem (lokální antihistaminika)
- tablety při systémové alergické reakci (celková antihistaminika)
- přípravek k dezinfekci kůže a povrchových ran
- inertní mast nebo vazelína

## II. Obvazový a jiný zdravotnický materiál

- gáza hydrofilní skládaná kompresy sterilní, různé rozměry
- náplast na cívce, různé rozměry
- rychloobvaz na rány, různé rozměry
- obinadlo elastické, různé rozměry
- obvaz sterilní, různé rozměry
- obinadlo škrtící pryžové (60 x 1250 mm)
- šátek trojcípý
- vata obvazová a buničitá
- teploměr lékařský
- rouška resuscitační
- pinzeta anatomická
- pinzeta chirurgická rovná
- lékařské rukavice pryžové
- rouška PVC 45 x 55 cm

## III. Různé

- nůžky
- zavírací špendlíky, různé velikosti
- záznamník s tužkou
- svítilna/baterka včetně zdroje

---

**Zdravotní deník tábora**
(doporučená verze)

Autoři: Ing. Kateřina Brejchová a spol.
Kresba: Vladimír Pergler
Vydání 3., upravené
Náklad 500 kusů

Vydal © Pionýr, z. s. v ediční řadě 2 – „Kdo a jak“ v roce 2005
Senovážné náměstí 977/24, Praha 1
www.pionyr.cz

Vydáno s podporou:
Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy – www.msmt.cz

V případě, že se na táboře vyskytne nenadálá událost a potřebujete pomoci s jejím řešením, zavolejte na Ústředí Pionýra.

Telefon: **234 621 299** Mobil: **777 248 720**

**112** – jednotné evropské číslo tísňového volání
**150** – tísňová linka Hasičského záchranného sboru České republiky
**155** – tísňová linka zdravotnické záchranné služby
**156** – tísňová linka městské policie
**158** – tísňová linka Policie České republiky