МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

# МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

# ПО КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ МАССОВЫХ ВРАЧЕБНЫХ ОСМОТРАХ

Москва - 1988 г.

gost.e-ecolog.ru

Методические рекомендации разработаны Институтом гигиены детей и подростков Министерства здравоохранения СССР и Институтом глазных болезней им. Гельмгольца Министерства здравоохранения РСФСР.

Методические рекомендации предназначены для работников органов и учреждений здравоохранения.

Местным органам здравоохранения разрешается размножить методические рекомендации в необходимом количестве.

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель министра
здравоохранения СССР

Е.Ч.Новикова

27 апреля 1982 г.
№ 08-14/4

# МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ МАССОВЫХ ВРАЧЕБНЫХ ОСМОТРАХ

Ежегодно миллионы детей и подростков проходят медицинский осмотр. Эти осмотры имеют целью прежде всего выявление лиц, нуждающихся в лечебных и оздоровительных мероприятиях.

Кроме того, они дают возможность определить потребность в медицинских кадрах (и сети лечебно-профилактических учреждений). В совокупности их результаты дают характеристику состояния здоровья всего подрастающего поколения.

При этом задача врача заключается не только в констатации заболеваний и в назначении лечения, а и в определении способности каждого ребенка или подростка полноценно выполнять присущие ему социальные функции. Эта способность определяется уровнем достигнутого развития, нормальным функционированием основных органов и систем, достаточной адаптацией к условиям окружающей среды.

Исходя из такого понимания здоровья, нельзя грубо делить всю детскую популяцию на "здоровых" и "больных", считая показателем здоровья только отсутствие заболеваний. Широко распространенное понятие "практически здоровы" – антинаучно с медицинской точки зрения и даже вредно, т.к. не мобилизует врача на фиксацию и необходимую коррекцию незначительных и преморбидных отклонений. Нужна более четкая качественная и, в известной степени, количественная, комплексная характеристика состояния здоровья.

Комплексная оценка состояния здоровья достигается использованием 4-х критериев, предложенных Институтом гигиены детей и подростков Минздрава СССР.

Первый – наличие или отсутствие в момент обследования хронических заболеваний. Второй – уровень функционального состояния основных систем организма. Третий – степень сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям. Четвертый – уровень достигнутого развития и степень его гармоничности. Для детей и подростков этот критерий имеет особенно большое значение, так как организм их находится в процессе непрерывного роста и развития.



129-2

Оценка состояния здоровья дается на момент обследования; острое заболевание, прошлые болезни, если только они не приобрели хроническую форму, возможность рецидива, стадия реконвалесценции, вероятность возникновения заболевания, обусловленная наследственностью или условиями жизни, не учитываются.

Наличие или отсутствие заболеваний определяется при врачебном осмотре с участием специалистов. Функциональное состояние органов и систем выявляется клиническими методами с использованием в необходимых случаях функциональных проб.

Степень сопротивляемости организма выявляется по подверженности заболеваниям. О ней судят по количеству острых заболеваний (в том числе и обострений хронических болезней) за предыдущий год.

Уровень достигнутого психического развития обычно устанавливается детским психоневрологом, принимающим участие в осмотре.

Уровень и степень гармоничности физического развития определяется антропометрическими исследованиями с использованием региональных стандартов физического развития.

Достигнутый уровень физического развития определяется путем сравнения со средними показателями биологического развития для данного возраста, а степень гармоничности – с использованием оценочных таблиц (шкал регрессии).

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с отнесением к одной из "групп здоровья" дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

Эта группировка позволяет проводить сопоставительную оценку состояния здоровья различных контингентов как на момент обследования, так и при динамическом контроле, для проверки эффективности проводимых профилактических и лечебных мероприятий.

В соответствии с предложенной схемой дети и подростки, в зависимости от состояния здоровья, подразделяются на следующие группы:

1. Здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций.

2. Здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.

3. Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма.

4. Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями.

5. Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма. Как правило, дети данной группы не посещают детские учреждения общего профиля и массовыми осмотрами не охвачены.

Распределение детей по указанным группам в некоторой степени условно. Однако многолетнее применение его рядом научных и практических учреждений здравоохранения показало его достаточную информативность и целесообразность как при однократном, так и при динамических наблюдениях.

Выявлена целесообразность применения данной группировки для характеристики санитарного состояния детского населения, оценки состояния здоровья детских контингентов при изучении влияния на их здоровье различных факторов (учебных, спортивных нагрузок, климатических, атмосферных загрязнений и др.), а также для оценки эффективности оздоровительных мероприятий. Большое социальное значение имеет, в частности, выделение II группы здоровья, так как функциональные возможности детей и подростков, отнесенных к этой группе, чаще всего снижены. Дети этой группы, как правило, нуждаются в оздоровительных мероприятиях. При отсутствии же своевременного врачебного контроля и адекватных лечебно-оздоровительных мероприятий функциональные отклонения могут перейти в болезнь.

Следует отметить, что предлагаемая группировка не предназначена для специальных целей, как-то - назначение физкультурных групп, профессионального и спортивного отбора и т.п.

Разграничение I и II группы здоровых обычно не вызывает затруднений.

К I группе относятся здоровые дети с нормальным физическим и психическим развитием, не имеющие уродства, увечья и функциональных отклонений.

Ко II группе относятся дети и подростки, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфологические изменения. К этой группе следует относить реконвалесцентов, особенно перенесших инфекционные заболевания, и детей с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии и со значительным дефицитом массы тела, а также часто (4 и более раз в год) болеющих.

Иногда привычная терминология не отражает разницы между функциональными отклонениями и болезнью и тем самым препятствует четкому разграничению II и III группы. Например, гипертрофия миндалин, аномалии рефракции, нарушения осанки относятся и к функциональным отклонениям, и к заболеваниям.

Отнесение больного ребенка или подростка к III или IV группе здоровья необходимо проводить в зависимости от степени выраженности патологического процесса с учетом функциональных возможностей организма.

Во избежание ошибок и для максимально возможной унификации полученных в разных учреждениях данных в оценке состояния здоровья приводится "Схема определения группы здоровья при массовых врачебных осмотрах детей в зависимости от характера и степени выраженности некоторых распространенных отклонений в состоянии здоровья.

В этой схеме указан также ряд функциональных отклонений, не являющихся еще болезнью, но подлежащих обязательной фиксации со стороны врача и требующих лечебно-оздоровительных воздействий.

Желательно, чтобы группу здоровья определял по своей специальности каждый участвующий в осмотре врач.

Окончательную оценку состояния здоровья и определение группы здоровья на основании заключений специалистов дает педиатр или заведующий дошкольно-школьным отделением поликлиники, возглавляющий массовые медицинские осмотры или диспансеризацию.

При наличии нескольких заболеваний окончательная оценка состояния здоровья производится по наиболее тяжелому из них.

При совокупности нескольких заболеваний, каждое из которых служит основанием для отнесения больного к III группе и снижает функциональные возможности организма, больного следует отнести к IV группе.

В истории развития записывается полный диагноз и ставится группа здоровья.

"Схема определения группы здоровья при массовых врачебных осмотрах детей в зависимости от характера и степени выраженности некоторых распространенных отклонений в состоянии здоровья" прилагается.

Начальник Главного управления
лечебно-профилактической помощи
детям и матерям

И.И.Гребешева

## Схема определения группы здоровья при массовых врачебных осмотрах, в зависимости от характера и степени выраженности некоторых распространенных отклонений в состоянии здоровья

| Наименование отклонения | Группы здоровья | Клинические критерии |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| Сердечно-сосудистой системы: | | |
| Функциональный шум в сердце | II | |
| Юношеская гипертрофия сердца, митральная форма сердца; малое (висячее) сердце | II | |
| Тахикардия, брадикардия, синусовая аритмия, экстрасистолия | II | При отсутствии заболеваний сердца |
| Понижение артериального давления | II | При снижении систолического артериального давления у детей 8-12 лет до 80-85 мм рт.ст.; 13-16 лет до 90-95 мм рт. ст. |
| Вегетососудистая дистония по гипотоническому типу | III | Снижение систолического артериального давления у детей 8-12 лет ниже 80-85 мм рт. ст. и 13-16 лет ниже 90-95 мм рт.ст. при наличии повышенной утомляемости, головных болей, лабильности пульса, потливости и др. |
| Вегетососудистая дистония по гипертоническому типу (гипертоническая болезнь 1А стадии по А.Л.Мясникову) | III | Транзиторные подъемы систолического артериального давления до 135-140 мм рт. ст. (редко до 150 мм) при наличии вегетативной дисфункции - потливости, тахикардии, субфебриллитета и отсутствии изменений в сосудах глазного дна и на ЭКГ |
| Гипертоническая болезнь 1 стадии (1Б стадия по А.Л.Мясникову) | IV | Продолжительные подъемы систолического давления до 150-160 мм, уровень лабильный. Диастолическое артериальное давление иногда повышается до 85-90 мм |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Миокардит неревматической этиологии | III–IV | При полной клинической ремиссии III гр.; при неполной клинической ремиссии – IV гр. |
| Ревматизм | III–IV | Без порока сердца или с пороком без признаков недостаточности кровообращения, при отсутствии признаков активности ревматического процесса от 1 года до 5 лет после атаки – III гр.<br><br>Без порока сердца или с пороком без признаков недостаточности кровообращения в период стихания активности ревматического процесса (от 6 мес. до 1 года) – IV гр.<br><br>С пороком сердца и признаками недостаточности кровообращения 1 ст. при отсутствии признаков активности ревматического процесса (от 1 года и более после атаки) – IV гр. |
| Врожденный порок сердца | III–IV | Открытый боталлов проток, дефект межжелудочковой перегородки, без признаков нарушения кровообращения – III гр.; с недостаточностью кровообращения I ст. – IV гр. |
| Органов дыхания: | | |
| Хронический бронхит | III–IV | При отсутствии клинических и функциональных изменений со стороны органов дыхания и других систем – III гр.; при их наличии – IV гр. |
| Хроническая пневмания | III–IV | При отсутствии клинических и функциональных изменений со стороны органов дыхания и других систем – III гр.; при их наличии – IV гр. |
| Бронхиальная астма | III–IV | В межприступном периоде при отсутствии функциональных нарушений различных систем, органов и физического развития – III гр.; при их наличии – IV гр. |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Пищеварительной системы: | | |
| Кариес зубов | II–III | Кариес средней активности – II группа; высокой активности – III группа |
| Аномалии прикуса | II–III | Начальные формы аномалии прикуса – II группа, значительно выраженные аномалии прикуса – III группа |
| Дискинезия желчевыводящих путей | II–III | В стадии стойкой ремиссии – II гр.<br><br>Кратковременные, схваткообразные боли в правом подреберье или в области пупка, возникающие после еды или не связанные с приемом пищи, при мало нарушенном общем состоянии и слабовыраженных объективных данных – III гр. |
| Хронический холецистит | III–IV | В стадии стойкой ремиссии – III гр.; при наличии клинических признаков субкомпенсации – IV гр. |
| Хронический гастрит | III–IV | В стадии полной ремиссии – III гр.; в стадии неполной ремиссии – IV гр. |
| Хронический гастродуоденит | III–IV | В стадии полной ремиссии – III гр.; в стадии неполной ремиссии (незначительные боли в эпигастральной и пупочной области, голодные или спустя 2 часа и более после приема пищи) при наличии болезненной пальпации пилородуоденальной области – IV гр. |
| Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки | III–IV | При стойкой ремиссии – III гр. Боли в подложечной области (голодные и ночные), отрыжки кислым, изжога, рвота, при локальной болезненности в подложечной и пилородуоденальной области, напряжения мышц эпигастральной области – IV гр. |

Продолжение приложения

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Хронический колит; энтероколит | III–IV | В стадии ремиссии – III гр.; при неопределенных болях по всему животу, снижении аппетита, общей слабости, быстрой утомляемости, похудании, спастически сокращенном кишечнике, его вздутии и урчании – IV гр. |
| Гельминтоз | II–III | Без признаков интоксикации – II гр.; при их наличии – III гр. |
| Мочеполовой системы: | | |
| Доброкачественная протеинурия при отсутствии заболеваний почек | II | |
| Пиелонефрит хронический | III–IV | При полной ремиссии и сохраненной функции почек – III гр.; при неполной ремиссии и частично нарушенной функции почек – IV гр. |
| Крипторхизм | III | |
| Нарушение менструального цикла в период становления менструальной функции | II | |
| Дисменоррея | III | |
| Эндокринной системы и обмена веществ: | | |
| Гипертрофия вилочковой железы | II | |
| Увеличение щитовидной железы I и II степени | II | Увеличение щитовидной железы I степени (прощупывается перешеек щитовидной железы и слабо определяются боковые доли), IIстепени (железа заметна на глаз при глотании, легко прощупываются боковые доли) до препубертатного и пубертатного периода, без нарушения функции |
| Зоб | III | Увеличение щитовидной железы III степени и более, без нарушений функции |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Диффузный токсический зоб | III–IV | При легкой форме – III гр.; при средне-тяжелой – IV гр. |
| Избыточная масса тела (за счет жироотложения) | II | Превышение массы тела на 10–19% в связи с избыточным жироотложением |
| Ожирение (экзогенно-конституциональное) | III–IV | Ожирение I степени (превышение массы тела на 20–29% за счет жироотложения) и II степени (превышение массы тела на 30–49% за счет жироотложения) – III гр.<br>Ожирение III степени (превышение массы тела на 50% и более за счет жироотложения) – IV гр. |
| Кожи: | | |
| Аллергические реакции | II | Повторяющиеся кожно-аллергические реакции на пищевые вещества, лекарства и др. |
| Экссудативно-катаральный диатез без явлений экземы | II | |
| Экзема, дерматит, нейродермит | III–IV | При ограниченной локализации – III гр. При распространенных кожных изменениях с явлениями общей интоксикации – IV гр. |
| Системы крови: | | |
| Преданемическое состояние (анемизация) | II | Содержание гемоглобина 11,5–11,1 г% или 115–111 г/л |
| Анемия | III–IV | Содержание гемоглобина 11,0–10,8 г% или 110–108 г/л – III гр.; 10,7–8,0 г% или 107–80 г/л – IV гр. |
| Нервной системы: | | |
| Астенические проявления | II | Легкие астенические проявления (утомляемость, головные боли, раздражительность, обидчивость, плаксивость, поверхностный сон и др.), исчезающие после непродолжительного отдыха, нормализации режима и отдыха |

Продолжение приложения

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Патологические привычки | II | Привычка грызть ногти, ручки, воротнички, дергать волосы, кусать и облизывать губы и др., не понижающие функциональные возможности организма |
| Речевые нарушения (косноязычные) | II | |
| Вегетативная (вегетативнососудистая) лабильность | II | Соматовегетативные и вегетососудистые нарушения (повышенная потливость, акроцианоз, красный дермографизм, склонность к тахикардии, непереносимость жары и холода, игра вазомоторов), характерные для препубертатного и пубертатного периодов и не нарушающие работоспособности |
| Вегетативная (вегетативнососудистая) дисфункция | III–IV | Невротические и неврозоподобные расстройства, выражающиеся перманентными или кризоподобными вегетативными или соматовегетативными нарушениями. При слабо выраженной симптоматике – III гр.; при выраженных клинических проявлениях и снижении работоспособности – IV гр. |
| Невропатия (врожденная детская нервность) | III | Расстройства сна (трудности засыпания, ночные страхи, прерывистый сон), аппетита; эмоциональная неустойчивость, психомоторная расторможенность |
| Астено-невротический и церебрастенический синдром | III–IV | Раздражительность, головные боли, нарушения сна и аппетита. При умеренных клинических проявлениях – III гр.; при выраженных – IV гр. |
| Невроз (астенический, истерический невроз, невроз навязчивых состояний) | III–IV | При кратковременных проявлениях – III гр.; при длительных – IV гр. |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Логоневроз, энурез, тики, моторная навязчивость | III–I V | При умеренных проявлениях, не снижающих социальную адаптацию – III гр.; при более выраженных – I V гр. |
| Патологическое развитие личности, психопатоподобный синдром, невротическое развитие личности | III–I V | Неправильные формы поведения, квалифицированные детским психоневрологом; группа здоровья – в зависимости от выраженности клинических проявлений |
| Последствия органического заболевания центральной или периферической нервной системы | III–I V | Двигательные, чувствительные и координационные нарушения, без снижения функциональных возможностей – III гр.; при их снижении – I V гр. |
| Гипертензионный гидроцефальный синдром (врожденный или приобретенный) | III–I V | В стадии устойчивой компенсации и отсутствия клинических проявлений – III гр.; при их наличии – I V гр. |
| Эпилепсия, эпилептиформный синдром на фоне резидуальных органических поражений головного мозга | I V | |
| Задержка психического развития | III | |
| Умственная отсталость (легкая степень) | I V | |
| <u>Органа зрения:</u> | | |
| Миопия слабой степени, астигматизм. Гиперметропия средней степени, астигматизм | II | Миопическая рефракция от 0,5 до 3,0 Д или гиперметр. рефракция от 3,25 до 6,0 Д в меридиане наивысшей аметропии на лучшем глазу, при остроте зрения с коррекцией не менее 1,0 на каждый глаз |
| Миопия средней и высокой степени, астигматизм | III–I V | Миопическая рефракция от 3,25 Д до 6,0 Д в меридиане наивысшей аметропии при остроте зрения с корреляцией от 0,5 до 0,9 на лучшем глазу – III гр. |

Продолжение приложения

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| | | Миопическая рефракция от 6,25 Д и выше на лучшем глазу в меридиане наивысшей аметропии при остроте зрения с коррекцией на лучшем глазу не менее 0,5 – I V гр. |
| Гиперметропия высокой степени, астигматизм | III | Гиперметропическая рефракция от 6,25 Д и выше в меридиане наивысшей аметропии при остроте зрения от 0,5 до 0,9 на лучшем глазу |
| Аккомодационное косоглазие | II | Без амблиопии при остроте зрения с коррекцией на оба глаза не менее 1,0 без нарушения бинокулярного зрения |
| Неаккомодационное косоглазие | III–I V | С учетом степени аномалии рефракции |
| <u>Уха, горла, носа:</u> | | |
| Аденоидные вегетации | II–III–I V | Небольшие аденоидные вегетации, слегка прикрывающие верхний край хоан и не препятствующие носовому дыханию – II группа; аденоиды II степени (хоаны прикрыты наполовину) – III группа; аденоиды III степени (хоаны прикрыты полностью) – I V группа |
| Аденоидит хронический | III | Затрудненное носовое дыхание, постоянный насморк, слизистые выделения по задней стенке глотки, длительный субфебрилитет, частые простудные заболевания |
| Гипертрофия небных миндалин П и Ш степени | II–III | При гипертрофии II степени (миндалины заполняют две трети пространства между небными дужками и язычком) – II группа; при гипертрофии III степени (миндалины соприкасаются между собой) – III группа |

Продолжение приложения

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Искривление носовой перегородки | II–III | При отсутствии нарушения носового дыхания – II группа; при нарушении носового дыхания – III группа |
| Ларингит хронический | III | |
| Отит хронический | III–IV | Наружный и средний отит – III гр.; гнойных эпимезотимпанит – IV гр. |
| Ринит хронический | III | |
| Синуит хронический | III | |
| Тонзиллит хронический | III–IV | Компенсированная форма (местные изменения небных миндалин и ангины или частые респираторные заболевания в анамнезе без общих патологических проявлений вне обострений) – III гр.; декомпенсированная или токсико-аллергическая форма (местные изменения в миндалинах сопровождаются субфебрилитетом, тонзиллокардиальным синдромом и др.) – IV гр. |
| Фарингит хронический | III | |
| Тугоухость | II–III–IV | Односторонняя и двусторонняя I степени (восприятие шепотной речи от 1 до 5 м) – II группа; односторонняя II степени (восприятие шепотной речи до 1 м) и односторонняя III степени (шепотная речь не воспринимается), а также двусторонняя II степени – III группа; двусторонняя III степени – IV группа |
| Кохлеарный неврит | III–IV | Группа здоровья в зависимости от степени нарушения слуха (см. "Тугоухость") |

Продолжение приложения

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Физического развития: | | |
| Общая задержка физического развития | II | Длина тела меньше, чем M–2σ, отставание в уровне возрастного развития по количеству постоянных зубов, степени оссификации скелета кисти, выраженности вторичных половых признаков (по сравнению с региональными стандартами) при отсутствии эндокринной патологии |
| Значительный дефицит массы тела | II | Масса тела меньше, чем $M-2\sigma_R$ по региональным стандартам (таблицам регрессии), без хронической патологии |
| Опорно-двигательного аппарата: | | |
| Нарушение осанки | II | Асимметрия плеч, боковые искривления позвоночника; сутуловатая, лордогическая кифотическая, выпрямленная осанка |
| Сколиоз | III–IV | Сколиоз I, II степени (реберное выбухание или мышечный валик, угол искривления основной дуги позвоночника – до $10^{\circ}$ – I степень; до $30^{\circ}$ – II степень), – III гр. Прогрессирующий сколиоз, а также сколиоз III и IV степени (мышечный валик, реберный горб и угол искривления от $30^{\circ}$ до $50^{\circ}$ – III степень и более $50^{\circ}$ – IV степень) – IV гр. |
| Уплощение стопы | II | Нарушение опорной поверхности; перешеек стопы, соединяющий область пяточной кости с передней частью стопы значительно расширен (до 2/3 общего поперечника стопы), на его внутренней стороне пальпаторно обычно определяется компенсаторный мышечный валик; линия наружного края стопы несколько выпукла. Выраженность нарушения уточняется плантограммой |

Продолжение приложения

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Плоскостопие | III | Нарушение опорной поверхности стопы: перешеек, соединяющий область пяточной кости с передней частью стопы, занимает почти всю ширину стопы |

# ОТРЫВНОЙ ЛИСТ

**учета использования методов профилактики, диагностики и лечения**

Направить в Главное управление лечебно-профилактической помощи детям и матерям МЗ СССР или в Головной институт по принадлежности

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ МАССОВЫХ ВРАЧЕБНЫХ ОСМОТРАХ

2. Утверждены Заместителем министра здравоохранения СССР Е.Ч.Новиковой 27 апреля 1982 г. № 08-14/4.

Следующие пункты заполняются в учреждении, где использованы рекомендации.

3. _____
(кем и когда получены)

4. Количество учреждений, внедривших методы, предложенные данным документом _____

_____

5. Формы внедрения (семинары, подготовка и переподготовка специалистов, обобщения и пр.) и результаты использования метода (число наблюдений за год и эффективность – по числу, удельному весу положительных результатов). _____

_____

6. Замечания и предложения (текст) _____

Подпись

Должность, ф., и., о. лица, заполнившего отрывной лист

gost.e-ecolog.ru