

ВЫПИСКА № \_\_\_\_\_  
ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С ЗАКЛЮЧЕНИЯМИ ВРАЧЕЙ  
ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (РЕГИСТРАЦИИ)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата, год рождения \_\_\_\_\_ Родной язык \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

№ детской поликлиники \_\_\_\_\_ № посещаемого учреждения \_\_\_\_\_

СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ

Мать: Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Образование \_\_\_\_\_

Место работы, должность \_\_\_\_\_

Состояние здоровья до рождения ребенка (подчеркнуть): нервно-психические расстройства, венерические заболевания, алкоголизм, хронические заболевания, стрессы, дефекты речи, вредности на рабочем месте, здоровья.

Отец: Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Образование \_\_\_\_\_

Место работы, должность \_\_\_\_\_

Состояние здоровья до рождения ребенка (подчеркнуть): нервно-психические расстройства, венерические заболевания, алкоголизм, хронические заболевания, стрессы, дефекты речи, вредности на рабочем месте, здоров.

Число детей в семье \_\_\_\_\_ какой по счету ребенок в семье \_\_\_\_\_

АНАМНЕЗ (заполняет педиатр)

Возраст матери во время беременности \_\_. Какая по счету беременность \_\_. Какие по счету роды \_\_.

Количество абортв \_\_. Как протекала беременность (подчеркнуть): нормально, с токсикозом в первую половину, во вторую половину беременности; болезни матери: краснуха, грипп, токсоплазмоз, сахарный диабет, заболевания почек, печени, ОРЗ, повышенное АД, анемия, травмы, ушибы в области живота, сердечно-сосудистые заболевания, угрозы выкидыша, стрессы, вредности на работе, алкоголизм, курение,

Как протекали роды (подчеркнуть): в срок, преждевременные, стремительные, затяжные, обезвоженные, переносение; асфиксия: белая, синяя; стимулирование, применение механического родовспоможения, кесарево сечение, \_\_\_\_\_

Вес \_\_ и рост \_\_\_\_\_ при рождении. Ребенок закричал сразу или нет \_\_\_\_\_, когда принесли кормить \_\_\_\_\_ вскармливание: грудное, искусственное, смешанное (с какого времени) \_\_\_\_\_ когда стал держать голову \_\_\_\_\_, сидеть \_\_\_\_\_, стоять \_\_\_\_\_, ползать \_\_\_\_\_ когда стал ходить \_\_\_\_\_, когда появились первые зубы \_\_\_\_\_ поведение ребенка до года: спокойный, беспокойный, как спал \_\_\_\_\_

раннее речевое развитие: гуление \_\_\_\_\_,

лепет \_\_\_\_\_ первые слова с \_\_\_\_\_, фразовая речь \_\_\_\_\_

умение говорить на данный момент \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания: 0-1 года \_\_\_\_\_

1-3 года \_\_\_\_\_

После 3-х лет \_\_\_\_\_

Были ли операции \_\_\_\_\_ общий наркоз \_\_\_\_\_

Были ли обморочные состояния \_\_\_\_\_ недержание мочи/кала \_\_\_\_\_

Информация о перенесенных заболеваниях \_\_\_\_\_

Оценка актуального соматического состояния ребенка \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ\***

**1. Заключение педиатра**

Общее состояние здоровья и физического развития: рост \_\_\_\_\_, вес \_\_\_\_\_

Нарушения опорно-двигательного аппарата \_\_\_\_\_

Соматические заболевания \_\_\_\_\_

Состоит ли на диспансерном учете \_\_\_\_\_, с какого возраста \_\_\_\_\_

У какого специалиста, с каким диагнозом \_\_\_\_\_

Оценка актуального соматического состояния ребенка, направленного в ДОУ/ОУ \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Педиатр Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Печать врача

**2. Заключение оториноларинголога\*\***

Состояние слуха \_\_\_\_\_ Носоглотки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Отоларинголог Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Печать врача

**3. Заключение офтальмолога**

Острота зрения \_\_\_\_\_ Состояние органов зрения \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Офтальмолог Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Печать врача

**4. Заключение ортопеда (хирурга)**

Состоит ли на учете, диагноз \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Ортопед Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Печать врача

Выписка заверена « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Главный врач (уполномоченное лицо) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

МП

\*заключения врача-психиатра и невролога предоставляются на отдельных бланках (предоставление справок от врача-психиатра и невролога в ТПМПК обязательно!).

\*\*пункты 2,3,4 заполняются при необходимости. Заключение профильных врачей-специалистов с указанием основного диагноза (шифр МКБ или полный диагноз) указывается с письменного согласия родителей (законных представителей).