

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА

1. Фамилия, имя и отчество ребенка _____

2. Дата рождения _____

3. Адрес места жительства _____

4. Наличие инвалидности, диагноз _____

5. Данные анамнестического обследования:

Течение беременности

- нормальное / с осложнениями – токсикоз (слабый или выраженный), анемия, нефропатия, инфекционные заболевания, резус-конфликт, отеки, повышенное АД, кровотечения, угроза выкидыша (срок), другое _____

Роды: какие по счету _____, на каком сроке _____

Самостоятельные, оперативные (плановые, вынужденные) _____

Родовспоможение: стимуляция, капельница, вакуум, кесарево сечение, другое _____

Длительность родов: стремительные, быстрые, затяжные, длительные, N _____

Длительность безводного периода _____ Шкала Апгар _____

Вес _____, рост ребёнка _____. Ребёнок закричал сразу, проводилась реанимация _____

Имели место: обвитие шеи пуповиной, кефалогематома, зеленые околоплодные воды, другое _____

Диагноз при рождении: родовая травма, асфиксия (степень), пренатальная энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, другое _____

Развитие ребёнка до года: двигательное беспокойство, нарушения сна и бодрствования, гипер- или гипотонус, вздрагивания, тремор, другое _____

Моторные функции: голову держит с _____ мес, сидит _____ мес, ползает с _____ мес, ходит с _____ мес.

Речевое развитие: гуление с _____ мес, лепет с _____ мес, слова с _____ мес, фраза с _____ мес.

До года переболел _____

Развитие ребёнка до 3 лет _____

Заболевания в возрасте до 3 лет _____

Перенесенные заболевания после 3-х лет _____

Дата составления _____

Подпись врача _____

6. Состояние ребёнка при направлении на ПМПК
(указываются данные осмотра врачами разных специальностей)

6.1. Данные осмотра врачом-офтальмологом

Дата _____
ДИАГНОЗ (по МКБ-10) _____

Рекомендации _____

Врач: _____ (_____)
Подпись Фамилия Личная печать врача

6.2. Данные осмотра врачом-отоларингологом

Дата _____
ДИАГНОЗ (по МКБ-10) _____

Рекомендации _____

Врач: _____ (_____)
Подпись Фамилия Личная печать врача

6.3. Данные осмотра врачом-неврологом

Дата _____
ДИАГНОЗ (по МКБ-10) _____

Рекомендации _____

Врач: _____ (_____)
Подпись Фамилия Личная печать врача

6.4. Данные осмотра врачом-психиатром

Дата _____
ДИАГНОЗ (по МКБ-10) _____

Рекомендации _____

Врач: _____ (_____)
Подпись Фамилия Личная печать врача

6.5. Данные осмотра врачами других специальностей, наблюдающих ребёнка в медицинской организации

Дата _____
ДИАГНОЗ (по МКБ-10) _____

Рекомендации _____

Врач: _____ (_____)
Подпись Фамилия Личная печать врача