

## 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