

Штамп учреждения, направившего на ТПМПК

штамп учреждения здравоохранения
официальное наименование медицинской
организации, адрес местонахождения, контактный
телефон

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, здорова.
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 абортс _____. 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 кричал 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 *; **

заключения профильных врачей-специалистов с указанием основного диагноза (шифр МКБ или полный диагноз указывается с письменного согласия родителей (законных представителей))

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 _____

Дата

Подпись
Печать врача

Педиатр Ф.И.О. _____

2. Заключение оториноларинголога

Состояние слуха _____ Носоглотки _____

Дата

Подпись
Печать врача

Отоларинголог Ф.И.О. _____

3. Заключение офтальмолога

Острота зрения _____ Состояние органов зрения _____

Дата

Подпись
Печать врача

Офтальмолог Ф.И.О. _____

4. Заключение ортопеда (хирурга)

Состоит ли на учете, диагноз _____

Дата

Подпись
Печать врача

Ортопед Ф.И.О. _____

Выписка заверена « ____ » _____ 20__ г.

Главный врач (уполномоченное лицо) _____ / _____ /

МП

*Пункты 2,3,4 заполняются при необходимости

***Заключения врача психиатра и невролога предоставляются на отдельных бланках (представление справок от врача психиатра и невролога в ТПМПК обязательно!)