

Медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого для ПМПК

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ **Адрес** _____

Особенности темпов физиологического развития (анамнез): ребенок от ___ беремен., протекавшей на фоне _____, роды _____, в сроке _____ нед., по Апгар: _____ баллов, самопроизвольные/ оперативные _____

Закричал (не) сразу, к груди приложили на ___ сутки. Период новорожденности (без) особенностей _____

Голову удерживает с _____; сидит с _____; ползает с _____; встает с _____; ходит с _____

Особенности моторного развития _____

Лепечет _____; слоги _____; простые слова _____; фразовая речь _____; предложения _____ На вопросы отвечает с _____ соответствие возрасту

Особенности дальнейшего психоэмоционального развития: _____

Ранее перенесенные заболевания (МКБ, дата) нет _____

Ранее «Д» учет (МКБ, дата) _____

Ранее оздоровлен: амбулаторно _____ стационар _____ сан-кур.леч _____

Педиатр: РОСТ _____ ВЕС _____ А/D _____ мм.рт.ст Жалобы на _____

Катаральных явлений нет. Кожа и слизистые чистые. Лимф.узлы не увеличены.

Сердце-тоны ясные ритмичные, шумов нет _____ Легкие-дыхание везикулярное, хрипов нет

Печень и селезенка не увеличены _____. Живот мягкий безболезненный. Стул и диурез в норме _____

Невролог (дата приема: _____) жалоб нет, головокружение, нарушение сна.

Кожные покровы чист, мраморные, дермографизм _____. Н/статус: ЧМН - в норме, сухожильн. рефлексы D=S. Координация не нарушена. Мышечная сила достаточная, симметричная. Патологич.рефлексы - отрицат. _____

DS (МКБ +, -) _____

Врач: _____

Окулист (дата приема: _____): Острота зрения: OD _____ /OS _____, с коррекцией OD _____ /OS _____ . Оптические среды прозрачные. Конъюктива век бледно-розовая _____ Глазное дно: ДЗН OU бледно-розовый, розовый, серый. Границы: четкие, не четкие. Сосуды: калибр - не изменен, сужен _____; Ход — не изменен, извиты.

На периферии клетчатки пат.очаги отсутствуют _____

DS (МКБ +, -) _____

Рекомендации: амб наблюдение, дообследование 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур леч.

Врач: _____

Лор (дата приема: _____): Жалоб нет _____. Ш/Р бол. 6м. Регион. л/у не увеличены. Барабан перепонка AD/AS серая блестящая. Нос- слиз. розовая, сокращена.

Глотка - слизистая розовая, влажная. Миндал за дужк.

DS (МКБ +, -) _____

Рекомендации: амб наблюдение, дообследование 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур леч.

Врач: _____

Ортопед (хирург-ортопед) (дата приема: _____): жалоб нет, телосложение правильное, костно-мышечная система (без) патологии _____. Осанка не нарушена, сколеотическая, сколеоз _____ степени. Стопы: в норме, уплощены _____.

DS (МКБ +, -) _____

Врач: _____

Рекомендации: амб наблюдение, дообследование 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур леч.

Психиатр (дата приема: _____): ребенок активный, контактный, речь развита по возрасту, психо-моторная сфера (норма,отклон). Интеллект (норма,отклон). Эмоционально-вегетативная сфера (норма,отклон) _____

DS(МКБ +,-): _____

Результаты тестирования (по Векслеру, Стребелевой и др. _____

Рекоменд: амб.наблюдение, дообслед 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур.

Врач-психиатр: _____

Врач-специалист по основному заболеванию

Особенности фармакотерапии (есть/нет) _____

Режим питания _____

Физическая нагрузка _____

Заключительный DS (МКБ+ -) _____

Тип физиологического развития: гипосоматический, мезосоматический, гиперсоматический.

Группа здоровья ___1___2___3___4___5___ **Физкультурная группа:** основная, подготовительная, специальная.

Профилактические прививки: привит по возрасту, мед отвод от проф прививок, нуждается в вакцинации

Рекомендации: дообследование 1ур, 2ур, дополнительное консультирование (да, нет). 1ур, 2ур.

Дата _____ **Врач** _____ / _____

*Медицинское заключение действительно в течение 6 месяцев со дня его оформления.