

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
Выписан с DS: _____

Раннее развитие: Голову удерживает с _____; сидит с _____; ползает с _____; встает с _____; ходит с _____.

Особенности моторного развития _____
Лепет _____; слоги _____; простые слова _____; фразовая речь _____; предложения _____

На вопросы отвечает с _____
Речь соответствует /не соответствует возрасту _____

Особенности дальнейшего психоэмоционального развития: _____

Ранее перенесенные заболевания: _____

Ранее «Д» учет (МКБ, дата) _____

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

Педиатр: РОСТ _____ ВЕС _____ А/Д _____ 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 /да, головокружение, нарушение сна. Кожные покровы чист, мраморные, дермографизм _____. Н/статус: ЧМН - в норме, сухожильн. рефлексy D=S. Координация не нарушена. Мышечная сила достаточная, симметричная. Патологич.рефлексy - отрицают.

DS (МКБ +, -) _____

Врач: _____

Окулист (дата приема: _____): Острота зрения: OD _____/OS _____, с коррекцией (в/о) OD _____/OS _____. Оптические среды прозрачные. Конъюктива век бледно-розовая _____. Глазное дно: _____. 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 /да _____.

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/да, 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 +,-): _____

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

Врач-психиатр: _____

Врач-специалист по основному заболеванию _____

Особенности фармакотерапии (есть/нет) _____

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, дополнительное консультирование (да, нет).

Дата _____ Врач _____ / _____

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