

**Выписка из истории развития ребенка, для направления на обследование
в территориальную ПМПК**
(заполняется лечебно-профилактическим учреждением)

Ребенок (фамилия, имя, отчество) _____

Дата рождения _____

Место жительства _____

Причина направления на ТПМПК _____

Инициатор направления _____

Развернутый медицинский диагноз

Диагноз основного заболевания _____

Сопутствующее заболевание _____

Анамнез жизни

Наследственная отягощенность _____

Вредные привычки родителей (алкоголизм, курение, наркомания) _____

Заболевания во время беременности _____

Эмоциональное состояние матери во время беременности _____

Роды: срочные, преждевременные, стремительные, кесарево сечение, стимуляция.

(нужное подчеркнуть):

Прилежание (указать какое) _____

Наличие внутренних инфекций у матери _____

Оценка по шкале Апгар и при рождении _____ баллов, через _____ мин _____ баллов,

Перинатальные заболевания и состояние ребенка _____

Если ребенок наблюдался у психиатра, указать о лечении психотропными средствами _____

Перенесенные заболевания: _____

В том числе в период новорожденности _____

Стигмы дизэмбриогенеза (нужное подчеркнуть): отклонение в размерах головы, отклоняющаяся форма мочек уха, врожденные пороки губ, аномалия пальцев на руках и ногах

Психомоторное развитие: голову начал держать с _____ мес, сидеть с _____ мес., ползать _____ мес., ходить с _____ мес.

Речевое развитие: гулить с _____ мес., первые слова с _____ мес.; фразовая речь с _____ мес.

Состояние зрения: visus OD _____ OS _____

Состояние слуха, шепотовая речь AD _____ m, AS _____ m

Неврологический статус _____

Соответствие физического развития паспортному возрасту (да, нет) _____

ЭЭГ _____ РЭГ _____ ЭхоЭГ _____ Аудиограмма _____

Заключение специалистов

Психиатр: (заключение, подпись и печать специалиста) _____

Невропатолог: (заключение, подпись и печать специалиста) _____

Другие специалисты (отоларинголог, офтальмолог, хирург, фтизиатр и т.д -при необходимости; все заключения заверяются подписью и печатью специалиста)

Дополнительные сведения (состоит на «Д» учете, ребенок-инвалид, другие особенности):

Подпись врача, заполнившего форму _____ / _____ /

подпись

Ф.И.О.

печать Учреждения

« _____ » _____ 20 _____ г.