**Подробная выписка №\_\_\_\_\_\_\_**

**из истории развития ребенка для представления на ПМПК**

**Наименование учреждения, проводившего осмотр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ф.И.О. ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения/ возраст:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Анамнестические данные о ребёнке*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |
| --- | --- |
| **Беременность** (по счёту) | **Вес ребёнка** (при рождении).  |
| **Течение беременности** (токсикоз, инфекции, интоксикации др. | **Рост** (при рождении).  |
| **Роды** (по счёту) | **Оценка по шкале Апгар** |
| **Срок родов**  | **Диагноз при выписке**  |
| **Особенности протекания родов** |

***Раннее развитие (сроки появления показателей)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Держит голову с** | **Гуление с** |
| **Переворачивается** | **Лепет с** |
| **Сидит с** | **Первые слова** |
| **Стоит с** | **Простая фраза** |
| **Ходит с** | **Фразовая речь** |

***Перенесённые заболевания***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Наличие инвалидности (да/нет) с какого времени, по какому заболеванию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Специалист (ФИО)** | **Дата****осмотра**  |  **Заключение врача** | **Личная печать врача (подпись)** |
| **Невролог** |  |  |  |
| **Детский психиатр**  |  |  |  |
| **Офтальмолог** |  |  |  |
| **Отоларинголог (ЛОР)** |  |  |  |

 **Заключение врачей, у которых ребёнок стоит на диспансерном учёте**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Примечание:**

1. *Срок годности подробной выписки –* ***6 месяцев!***
2. Медицинскую выписку из истории развития ребёнка заполняет участковый педиатр на основании амбулаторной медицинской карты (из поликлиники).
3. Справки врачей прилагаются к медицинской выписке.

**Дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Роспись врача-педиатра с расшифровкой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Печать медицинского учреждения: