**Медицинское заключение**

|  |
| --- |
|  |
|  |
| (наименование и адрес организации, оказывающей лечебно - профилактическую помощь) |
| 1. Фамилия, имя, отчество ребенка:
 |
| 1. Дата рождения:
 |
| 1. Адрес регистрации по месту жительства:
 |
|  |
| 1. Инвалидом не является, категория «ребенок-инвалид» (нужное подчеркнуть)
 |
| 1. История развития ребенка: беременность\_\_\_\_\_\_\_\_, роды\_\_\_\_\_\_\_, в срок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , недель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 МР\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, по шкале Апгар\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Ранее моторное развитие: начал сидеть \_\_\_\_\_мес., ходить\_\_\_\_\_, говорить\_\_\_\_\_ |
| 1. Анамнез жизни (перенесенные заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается, темпы формирования психомоторных навыков первых лет жизни, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой)
 |
|  |
|  |
|  |
| 1. Оценка актуального соматического состояния ребенка:
 |
|  |
|  |
| 1. Результаты дополнительных методов исследования (указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований):
 |
|  |
|  |
| 1. Масса тела (кг)\_\_\_\_\_\_\_\_ , рост (м) \_\_\_\_\_ , индекс массы тела:
 |
| 1. Оценка физического развития: нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост) (нужное подчеркнуть).
 |
| 1. Оценка психофизиологической выносливости:

норма, отклонение (нужное подчеркнуть). |
| 1. Оценка эмоциональной устойчивости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть)
 |
| 1. Заключения врачей-специалистов:

Оториноларинголог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Сурдолог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Офтальмолог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Хирург:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ортопед-травматолог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Невролог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Психиатр:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| а) код основного заболевания по МКБ 10: |
| б) основное заболевание:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| в) сопутствующие заболевания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| г) осложнения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата « » 20 год |
| Врач-педиатр: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | расшифровка подписи |
| Руководитель учреждения здравоохранения: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | расшифровка подписи |
| М.П. |