**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. | | |