|  |
| --- |
|  |
| официальное наименование медицинской организации |
| Адрес местонахождения |  | Контактный телефон |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО ребенка |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата рождения | « |  |  » |  |  | 20 |  | г. | возраст |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Адрес регистрации по месту жительства |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| наименование образовательной организации, где обучается/воспитывается ребенок |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ФИО родителя/законного представителя |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Наследственность |  |
|  | наличие среди родственников наследственных заболеваний и |
|  |
| синдромов |
|  |
|  |
| Течение беременности и роды |  |
|  |  |  | беременность протекала: |
|  |
| нормально / с осложнениями - токсикоз (слабый или выраженный), анемия, нефропатия, инфекционные  |
|  |
| заболевания, резус-конфликт, отеки, повышенное АД, кровотечения, угроза выкидыша (срок), ОРЗ, грипп, медицинское лечение |
|  |
| роды самостоятельные, вызваны, оперативные (плановые, вынужденные) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| родовспоможение: стимуляция, капельница, механическое выдавливание плода, щипцы, вакуум, кесарево сечение, наркоз |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Развитие ребенка в период новорожденности и раннего возраста: |  |  |
| держит голову с |  |  | сидит с |  |  | ходит с |  |
| Наличие неврологических симптомов |  |
|  |
|  |
| Анамнез первых лет жизни ребенка |  |
|  |  |  | темпы психомоторного развития |
|  |
| Что-то еще по первым годам |
| Раннее речевое развитие: | гуление |  | лепет |  | первые слова |  |
|  |  | простая фраза |  |  | развернутая фраза |  |
| Перенесенные заболевания: |  |  |  |  |  |  |  |
| до года |  |
|  |
| после года |  |
| Актуальное соматическое состояние ребенка на момент обследования: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (здоров, удовлетворительное и др.) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Врач-педиатр |  |  |  |  |  |  |
|  | подпись | расшифровка подписи |  |  |  |
|  | « |  | » |  | 20 |  | г. |  |  |

*Запись врача должны быть читаема, разборчива, с подписью и печатью*

**Заключения профильных врачей-специалистов**

***(****записи врачей должны быть читаемы, разборчивы, с подписью и печатью****)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Психиатр** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Диагноз |  |
|  | (диагноз указывается с письменного согласия родителя/законного представителя) |
| Шифр МКБ-10 |  |  |
|  |  | (шифр МКБ указывается с письменного согласия родителя/законного представителя) |
| Рекомендуемые специальные условия |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | « |  | » |  | 20 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | подпись | расшифровка подписи |
| **Стоматолог\*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Складка: | верхней губы |  | языка |  |
| Нёбо | мягкое |  | твердое |  |
| Прикус |  | зубы |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | « |  | » |  | 20 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | подпись | расшифровка подписи |
| \* для детей с нарушениями речи (в группы компенсирующего обучения и в классы по программе для детей с тяжелыми нарушениями речи) |
| **Заключения врачей-специалистов, у которых ребенок находится на диспансерном учете** |
| (невролог, ревматолог, отоларинголог (сурдолог), окулист, ортопед, ортодонт, аллерголог, эндокринолог и др.) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| врач-специалист |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Диагноз |  |
|  | (диагноз указывается с письменного согласия родителя/законного представителя) |
| Шифр МКБ-10 |  |  |
|  |  | (шифр МКБ указывается с письменного согласия родителя/законного представителя) |
| Рекомендуемые специальные условия |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | « |  | » |  | 20 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | подпись | расшифровка подписи |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| врач-специалист |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Диагноз |  |
|  | (диагноз указывается с письменного согласия родителя/законного представителя) |
| Шифр МКБ-10 |  |  |
|  |  | (шифр МКБ указывается с письменного согласия родителя/законного представителя) |
| Рекомендуемые специальные условия |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | « |  | » |  | 20 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | подпись | расшифровка подписи |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| врач-специалист |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Диагноз |  |
|  | (диагноз указывается с письменного согласия родителя/законного представителя) |
| Шифр МКБ-10 |  |  |
|  |  | (шифр МКБ указывается с письменного согласия родителя/законного представителя) |
| Рекомендуемые специальные условия |  |
|  |
|  | « |  | » |  | 20 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | подпись | расшифровка подписи |