

**Медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого
для прохождения ТПМК Канавинского района г. Нижнего Новгорода**

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____ **Домашний адрес:** _____

Сведения о развитии ребенка:

Наследственная отягощенность (наличие наследственных, нервно-психических, хронических заболеваний у родителей до рождения ребенка): _____

Течение беременности и родов: беременность (по счету) _____ на фоне (наличие токсикоза, угрозы выкидыша, на каком сроке) _____

Наличие внутриутробных инфекций у матери: (ЦМВ, токсоплазмоз, ветрянка, иные) _____

роды _____ срок _____, самостоятельные/оперативные /нужное подчеркнуть/ _____

Особенности родов: срочные, преждевременные, затяжные, стремительные, кесарево сечение стимуляция в родах; патология в родах: асфиксия, последствия применения акушерского инструментария / нужное подчеркнуть/, иное _____

Диагноз при рождении _____

вес _____, рост _____, оценка по шкале Апгар _____

Развитие ребенка в период раннего возраста (наличие неврологических симптомов, частота различных заболеваний) _____

Психомоторное развитие (с рождения до настоящего времени, динамика развития):

держит голову с _____, сидит с _____, ходит с _____, гулит с _____, первые слова с _____,

фразовая речь _____

Перенесённые заболевания (с рождения и в первую очередь те, которые могут иметь отношение к психологическому развитию ребенка): _____

до 1 года _____

после года _____

до 3-х лет _____

после 3-х лет _____

/Нужное подчеркнуть/ (ушибы, травмы головы, тяжелые соматические заболевания, инфекции, ушибы, судороги при высокой температуре) и др.

Наличие или отсутствие оперативного вмешательства _____

Соответствие физического развития паспортному возрасту: да, ниже паспортного возраста, выше паспортного возраста /нужное подчеркнуть/

Оценка актуального соматического состояния ребенка (заключения врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации):

Педиатр _____

Невролог _____

Оториноларинголог _____

Офтальмолог _____

Психиатр _____

Другие специалисты: _____

Диспансерный учет или наблюдение (у каких специалистов состоял или состоит и с какого времени, снят с учета): _____

Инвалидность (да/нет), с какого времени, по какому заболеванию: _____

Группа здоровья _____

Дата « _____ » _____ 20 ____ год

МП медицинской организации

Выписка действительна в течение шести месяцев