

**Медицинское заключение № \_\_\_\_\_**  
**о состоянии здоровья обследуемого**  
**для прохождения ТПМПКМАУ «ППМС-центр им. В.П. Радченко»**  
**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