Медицинское заключение №_____

о состоянии здоровья обследуемого

для прохождения ТПМПК № 1 (дошкольной) Автозаводского района

"МАУ ДО ППМС-центра" 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	
Отоларинголог	
Офтальмолог	
Психиатр (с характеристикой)	

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 - основание пункт 18, подпункт и) Приказа Минпросвещения России от 01.11.2024 №763 "Об утверждении психолого-медико-педагогической комиссии".

Форма документа – произвольная, основание пункт 2 Приказа Минздрава РФ от 14.09.2020 №972н "Об утверждении порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений"