

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

(для комплексного психолого-медико-педагогического обследования)
(действительна в течение 6 месяцев с даты заполнения)

ФИО ребенка _____

Дата рождения « _____ » _____ 20__ г. полных лет _____

Адрес регистрации/фактического проживания ребенка _____

В каком учреждении воспитывается или обучается _____

ФИО родителей (законных представителей) _____

Основные медицинские заключения

1. Педиатр/семейный врач

Анамнез жизни: Наследственная отягощенность _____
(указать наследственные заболевания в семье)

Заболевания матери во время беременности: _____

Роды от _____ беременности, в сроке _____ недель, *срочные, преждевременные, стремительные, кесарево сечение, стимуляция в родах*, _____

Оценка по шкале Апгар _____ баллов, вес при рождении _____, рост _____

Диагноз при рождении: _____

Перинатальные заболевания и состояния ребенка: _____

Темпы психомоторного развития:

Держит голову с _____, сидит _____, ползает _____, ходит _____

Речевое развитие: гуление с _____, лепет _____, первые слова _____, фразовая речь _____

Перенесенные заболевания: _____

Требуется/ не требуется (*нужное подчеркнуть*) необходимость лечения, препятствующего посещению образовательного учреждения.

Состоит на учете у врачей: _____

Наличие инвалидности: да/нет, по основному диагнозу _____

срок действия _____

Врач _____ **Подпись** _____ **Печать** _____ **Дата** _____

(Фамилия, имя, отчество)

2. Психиатр _____

Врач _____ Подпись _____ Печать _____ Дата _____
(Фамилия, имя, отчество)

3. Офтальмолог
visus OD _____ OS _____, с коррекцией visus
OD _____ OS _____

Врач _____ Подпись _____ Печать _____ Дата _____
(Фамилия, имя, отчество)

4. Отоларинголог
шепотная речь AD _____ m, AS _____ m

Врач _____ Подпись _____ Печать _____ Дата _____
(Фамилия, имя, отчество)

5. Невролог _____

Врач _____ Подпись _____ Печать _____ Дата _____
(Фамилия, имя, отчество)

6. Хирург/Ортопед (при необходимости) _____

Врач _____ Подпись _____ Печать _____ Дата _____
(Фамилия, имя, отчество)

7. Медико-генетическая консультация (при необходимости) _____

Врач _____ Подпись _____ Печать _____ Дата _____
(Фамилия, имя, отчество)

8. Другие специалисты _____

Врач _____ Подпись _____ Печать _____ Дата _____
(Фамилия, имя, отчество)