

Штамп учреждения здравоохранения

Выписка из истории развития ребёнка № _____
(основание: Приказ МинРФ от 20.09.2013 г. № 1082)

Ребёнок _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения « ____ » _____ г.

Адрес постоянного места жительства _____

Наименование образовательной организации, где обучается/ воспитывается ребенок _____

Анамнез жизни:

Наследственная отягощённость _____

(указать наличие наследственных заболеваний в семье,
вредные привычки родителей: алкоголизм, наркомания, др.)

Особенности беременности матери _____

(с указанием заболеваний матери во время беременности, наличия
токсикоза, угрозы выкидыша и на каком сроке)

Роды: срочные, преждевременные, стремительные, Кесарево сечение, стимуляция в родах
(нужное подчеркнуть)

Наличие внутриутробных инфекций у матери (ЦВМ, токсоплазмоз, герпес)
иные _____

Оценка по шкале Апгар при рождении _____ баллов.

Перинатальные заболевания и состояния ребенка _____

Психомоторное развитие: начал держать голову с ____ мес., сидеть с ____ мес., ползать с ____ мес.,
ходить с _____

Речевое развитие: гуление с ____ мес., лепет с _____, первые слова в _____, фразовая
речь в _____

Перенесённые заболевания: _____

Д/учет (специалист/диагноз) _____

Соматическое состояние ребёнка на момент обследования _____

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата заполнения)

(подпись врача-педиатра)

М.п.

Печать учреждения здравоохранения

Заключения врачей- специалистов

Ребёнок _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения « _____ » _____ г.

Адрес постоянного места жительства _____

Невролог: _____

_____ М.п.
(дата) (подпись)

Отоларинголог: _____

(при нарушенном слухе приложить аудиограмму)

_____ М.п.
(дата) (подпись)

Офтальмолог: _____

Vis OD/OS = _____ / _____, гл.дно _____

_____ М.п.
(дата) (подпись)

Ортопед (по показаниям)

_____ М.п.
(дата) (подпись)

Хирург (по показаниям)

_____ М.п.
(дата) (подпись)

(Подпись и печать зав. педиатрического отделения)