

Медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого для ПМПК

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ **Адрес** _____

Ранее перенесенные заболевания (МКБ, дата) _нет_____

Ранее «Д» учет (МКБ, дата) _____

Ранее оздоровлен: амбулаторно _____ стационар _____ сан-кур.леч _____

Педиатр: РОСТ _____ ВЕС _____ А/D _____ мм.рт.ст Жалобы на _____

Катаральных явлений нет. Кожа и слизистые чистые. Лимф.узлы не увеличены.

Сердце-тоны ясные ритмичные, шумов нет _____ Легкие-дыхание везикулярное, хрипов нет

Печень и селезенка не увеличены _____. Живот мягкий безболезненный. Стул и диурез в норме _____

Невролог: жалоб нет, головокружение, нарушение сна. Кожные покровы чист, мраморные, дермографизм _____. Н/статус: ЧМН - в норме, сухожильн. рефлексy D=S. Координация не нарушена. Мышечная сила достаточная, симметричная. Патологич.рефлексy - отрицат. _____

DS (МКБ +, -) _____

Окулист: Острота зрения: OD _____ OS _____

Оптические среды прозрачные. Конъюктива век бледно-розовая _____ Глазное дно: ДЗН OU бледно-розовый, розовый, серый. Границы: четкие, не четкие. Сосуды: калибр - не изменен, сужен _____; Ход — не изменен, извиты. На периферии клетчатки пат.очаги отсутствуют _____

DS (МКБ +, -) _____

Рекомендации: амб наблюдение, дообследование 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур леч. _____

Лор: Жалоб нет _____. Ш/Р бол. бм. Регион. л/у не увеличены. Барабан перепонка AD/AS серая блестящая.Нос- слиз. розовая, сокращена. Глотка - слизистая розовая, влажная. Миндал за дужк.

DS (МКБ +, -) _____

Рекомендации: амб наблюдение, дообследование 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур леч. _____

Хирург-ортопед: жалоб нет, телосложение правильное, костно-мышечная система (без) патологии _____. Осанка не нарушена, сколеотическая, сколеоз _____ степени. Стопы: в норме, уплощены _____.

DS (МКБ +, -) _____

Рекомендации: амб наблюдение, дообследование 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур леч. _____

Психиатр: ребенок активный, контактный, речь развита по возрасту, психо-моторная сфера (норма,отклон). Интеллект (норма,отклон). Эмоционально-вегетативная сфера (норма,отклон) ____

DS(МКБ +,-) _____

Результаты тестирования (по Векслеру и др.) _____

Рекоменд: амб.наблюдение, дообслед 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур.

Особенности темпов физиологического развития: ребенок от ____ беремен., протекавшей _____, роды _____, в сроке _____ нед., самопроизвольные/ оперативные _____

Закричал (не)сразу, к груди приложили на _____сутки. Период новорожденности (без)особенностей _____

Голову удерживает с _____; сидит с _____; ползает с _____; встает с _____; ходит с _____

Особенности моторного развития _____

Улыбается _____; смеется _____; гулит _____; лепечет _____; слоги _____; простые слова _____; фразовая речь _____; предложения _____ На вопросы отвечает с _____ соответствие возрасту _____

Особенности дальнейшего психоэмоционального развития: _____

Врач-специалист по основному заболеванию _____

Особенности фармакотерапии (есть/нет) _____

Режим питания _____

Физическая нагрузка _____

Заключительный DS (МКБ+ -) _____

Тип физиологического развития: гипосоматический, мезосоматический, гиперсоматический.

Группа здоровья ____1__2__3__4__5__ Физкультурная группа: основная, подготовительная, специальная.

Профилактические прививки: привит по возрасту, мед отвод от проф прививок, нуждается в вакцинации

Рекомендации: дообследование 1ур, 2ур, дополнительное консультирование (да, нет). 1ур, 2ур.

Дата _____ Врач/педиатр _____

*Медицинское заключение действительно в течение 6 месяцев со дня его оформления.

Печать учреждения
здравоохранения