СОГБОУ «Вяземский центр коррекции и развития»

Территориальная ПМПК

КАРТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

(данные предварительного обследования)

Название: ТПМПК, Месторасположение:

(адрес) г. Вязьма, ул. Воинов-интернационалистов, д.7 Телефон 5-26-79

Общие сведения о ребенке

1. Фамилия, имя, отчество

2. Дата рождения , возраст на время обследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет

3. Место проживания

4. В каких заведениях воспитывался, обучался

5. Кем направлен на обследование

6. Цель обследования, жалобы

7. Краткие сведения о семье ребёнка (ФИО, год рождения, место работы, должность)

Мать

Отец

Основные медицинские заключения

1. **Педиатр** (развернутые анамнестические данные из «Истории развития ребенка» и состояние его здоровья)

Беременность (по счету) Протекания беременности

Роды (по счету) Протекание родов\_\_\_\_\_\_\_

Вес Длина Держит голову \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Переворачивается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сидит \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ползает \_\_\_\_\_Стоит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ходит \_\_\_\_\_\_\_\_\_Первые слова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фразовая речь

«Д» учет (диагноз)

Инвалид (Диагноз)

Перенесенные заболевания

на момент обследования: рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_группа здоровья

Дополнение, примечание

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись специалиста) Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

2. Офтальмолог (детский)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись специалиста) Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

3. Отоларинголог (детский)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись специалиста) Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

4. Невролог (детский) Неврологический статус, диагноз, рекомендации

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись специалиста) Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

5. Психиатр (детский) Психиатрический статус, диагноз, рекомендации

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись специалиста) Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

6. Медико-генетическая консультация (по необходимости)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись специалиста) Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

7. Другого специалиста (по необходимости)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись специалиста) Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)