

официальное наименование медицинской организации, адрес

## ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

1. Фамилия, имя и отчество ребенка \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания) \_\_\_\_\_

4. Наименование образовательной организации \_\_\_\_\_

5. Наличие инвалидности, диагноз \_\_\_\_\_

6. Данные анамнестического обследования:

Течение беременности

- беременность по счету \_\_\_\_\_

- беременность протекала нормально / с осложнениями - токсикоз (слабый или выраженный), анемия, нефропатия, инфекционные заболевания, резус-конфликт, отеки, повышенное АД, кровотечения, угроза выкидыша (срок), ОРЗ, грипп, медицинское лечение (амбулаторное, стационар) \_\_\_\_\_

Роды: какие по счету \_\_\_\_\_, на каком сроке \_\_\_\_\_

Самостоятельные, вызваны, оперативные (плановые, вынужденные) \_\_\_\_\_

Родовспоможение: стимуляция, капельница, механическое выдавливание плода, щипцы, вакуум, кесарево сечение, наркоз \_\_\_\_\_

Длительность родов (стремительные, быстрые, затяжные, длительные, N ) \_\_\_\_\_

Длительность безводного периода \_\_\_\_\_ Шкала Апгар \_\_\_\_\_

Вес \_\_\_\_\_, рост ребенка \_\_\_\_\_. Ребенок закричал (сразу, после отсасывания слизи, после похлопывания, проводилась реанимация) \_\_\_\_\_

Цвет кожи (розовый, цианотичный, синюшный, белый) \_\_\_\_\_

Имели место (обвитие пуповины вокруг шеи, короткая пуповина, кефалогематома, перелом ключицы, зеленые околоплодные вод и т.п.) \_\_\_\_\_

Диагноз при рождении (родовая травма, асфиксия в родах (степень), пренатальная энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, гипотрофия (степень) и т.п.) \_\_\_\_\_

Развитие, характерное для ребенка до года: двигательное беспокойство, срыгивания (часто, редко), нарушение сна и бодрствования, др. \_\_\_\_\_

Отмечались: гипер- или гипотонус, вздрагивания, тремор ручек, подбородка, «тянул голову назад», др. \_\_\_\_\_

Моторные функции: голову держит с \_\_\_\_\_ мес, сидит с \_\_\_\_\_ мес, ползает с \_\_\_\_\_ мес, ходит с \_\_\_\_\_ мес, ходит самостоятельно с \_\_\_\_\_ мес.

Речевое развитие: гуление с \_\_\_\_\_ мес, лепет с \_\_\_\_\_ мес, слова с \_\_\_\_\_ мес, фраза с \_\_\_\_\_ мес. До года переболел (простуды, инфекционные заболевания, аллергические реакции и др.) \_\_\_\_\_

Развитие, характерное для ребенка до 3 лет: \_\_\_\_\_

Заболевания в возрасте до 3 лет \_\_\_\_\_

после 3 лет \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания в течение жизни \_\_\_\_\_

Травмы головы, сотрясение головного мозга, в возрасте \_\_\_\_\_

Операции \_\_\_\_\_ в возрасте \_\_\_\_\_

**7. Состояние ребенка при направлении на психолого-медико-педагогическую комиссию**  
(указываются данные осмотра врачами разных специальностей (при наличии))

**7.1. Данные осмотра врачом-офтальмологом**

Дата \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ (по МКБ-10) \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись

Фамилия

Личная печать врача

**7.2. Данные осмотра врачом-отоларингологом**

Дата \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ (по МКБ-10) \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись

Фамилия

Личная печать врача

**7.3. Данные осмотра врачом-неврологом**

Дата \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ (по МКБ-10) \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись

Фамилия

Личная печать врача

**7.4. Данные осмотра врачом-ортопедом (при наличии)**

Дата \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ (по МКБ-10) \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись

Фамилия

Личная печать врача

**7.5. Данные осмотра врачами других специальностей, наблюдающих ребенка в  
медицинской организации**

Дата \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ (по МКБ-10) \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись

Фамилия

Личная печать врача