

Медицинского заключения (действительно 3 месяца)

(наименование и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь)

1. Фамилия, имя, отчество ребенка:

2. Дата рождения:

3. Адрес места жительства или фактического пребывания:

4. Инвалидом не является, категория «ребенок-инвалид» (нужное подчеркнуть)

5. История заболевания (начало, развитие, течение, частота и длительность обострений, проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность):

6. Анамнез жизни (перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие)

7. Состояние ребенка (указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей):

8. Результаты дополнительных методов исследования (указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований):

9. Масса тела (кг) _____, рост (м) _____, индекс массы тела:

10. Оценка физического развития: нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост) (нужное подчеркнуть)

11. Оценка психофизиологической выносливости:
норма, отклонение (нужное подчеркнуть).

12. Оценка эмоциональной устойчивости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть)

13. Оториноларинголог:

14. Офтальмолог:

15. Хирург:

16. Невролог:

17. Диагноз:

а) код основного заболевания по МКБ 10:

б) основное заболевание:

в) сопутствующие заболевания:

г) осложнения:

Дата « ____ » _____ 20____ года

Заведующий детской поликлиники
ОГАУЗ «Колпашевская РБ»

подпись

расшифровка подписи

М.П.