

Наименование медицинской организации,
выдавшей медицинское заключение
Штамп с реквизитами или бланк

Медицинское заключение о состоянии здоровья N _____
для лиц с ограниченными возможностями здоровья

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства _____

Наименование образовательного учреждения, где обучается (воспитывается)
ребенок/гражданин _____

Ф.И.О. родителя (законного представителя) _____

Выписка из истории развития ребенка:

Наследственность (наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов): _____

Течение беременности и родов (патология в родах: затяжные, стремительные, стимуляция и др.): _____

Развитие ребенка в период новорожденности, раннего возраста и в последующие периоды жизни (темпы физического и психомоторного развития, наличие неврологических симптомов, сенсорных нарушений, информация о перенесенных заболеваниях, их частоте и тяжести): _____

Оценка актуального соматического состояния ребенка:

Жалобы на момент

осмотра _____

Состояние, самочувствие на момент осмотра: _____

Параметры физического развития: масса= _____, рост= _____, окружность головы= _____
Окружность груди= _____, оценка уровня и гармоничности ФР.

Оценка нервно-психического развития:

развитие движений (Дв.) _____

развитие понимаемой (П.Р.) и активной речи (А.Р.) _____

развитие действий с предметами (Д. с пр.) _____

развитие навыков (Н.) в режимных процедурах (кормление, туалет) _____

общение детей друг с другом и со взрослыми _____

сенсорное развитие (СР.) _____

развитие игры (И.) _____

развитие конструктивной (К) и изобразительной (Изо.) деятельности _____

Общее заключение по НПР:

Состояние кожи и слизистых

оболочек _____

Состояние опорно-двигательного
аппарата _____

Состояние дыхательной, сердечно-сосудистой систем

Состояние желудочно-кишечного тракта

Состояние мочевыделительной, половой систем

Осмотр отоларинголога,
заключение

Осмотр ортопеда-травматолога,
заключение

Осмотр офтальмолога,
заключение

Осмотр невролога,
заключение

Психиатр,
заключение

Заключение: основной диагноз (шифр МКБ X или полный диагноз указывается с
письменного согласия гражданина, родителей (законных представителей)

Дата " " 20__ год

место печати медицинской организации

Выписка заверяется подписью главного врача (уполномоченного лица). Оригинал Выписки
предоставляется родителями (законными представителями) ребенка на Комиссию и хранится в
Карте ребенка.