

**Штамп медицинской
организации**

**МЕДИЦИНСКАЯ ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ РЕБЕНКА
для предоставления в психолого-медико-педагогическую комиссию
(заполняется врачом-педиатром на основе карты)**

Учреждение (городская детская поликлиника) _____
(наименование медицинского учреждения)

Ребёнок _____
(Ф.И.О. ребенка)

Дата рождения « _____ » _____ г.

Адрес постоянного места жительства _____

1. Анамнестические данные:

Беременность (течение) _____

Роды по счету _____ срок родов _____ особенности протекания родов _____

Вес ребенка при рождении _____ гр., рост _____ Оценка по шкале Апгар _____ баллов

Диагноз при выписке _____

2. Осмотр специалистов (сроки появления показателей)

Психомоторное развитие: начал держать голову с _____, сидеть _____, ходить _____, гуление в _____, лепет _____, первые слова _____, фразовая речь _____

Педиатр _____

Перенесенные заболевания _____

Травмы, операции _____

Соматическое состояние _____

Состояние зрения _____

Состояние слуха _____

Неврологический статус _____

Группа здоровья _____

3. Наблюдался ранее или состоял (состоит) на учете у специалистов (диагноз, дата):

отоларинголог _____

невролог _____

офтальмолог _____

ортопед _____

другое _____

1. Рекомендации по дальнейшему медицинскому сопровождению: _____

Подпись врача-педиатра с расшифровкой: _____ (_____)

Дата заполнения « _____ » _____ 20 _____ г.

М.П.