

**Медицинское заключение о состоянии здоровья и результатах медицинских обследований
направляемого на психолого-медико-педагогическую комиссию**

Ф.И.О. (при наличии) _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства/ адрес регистрации _____

1. Анамнестические сведения

Здоровье родителей, наследственные заболевания _____

Беременность по счету _____, течение беременности _____

Роды по счету _____, срок родов _____, особенности протекания родов _____

Вес ребенка при рождении _____, оценка по шкале АПГАР _____ баллов.

Когда закричал _____, резус-фактор _____, к груди приложен _____.

Куда переведен после род.дома (*подчеркнуть*) выписан домой, переведен в стационар, другое _____

Особенности раннего развития: комплекс оживления _____, голову держит _____, сидит _____, ползает _____, ходит _____.

Раннее речевое развитие: гуление _____, лепет _____, первые слова _____, простая фраза _____, развернутая фраза _____.

Перенесенные заболевания (*инфекционные, тяжелые соматические заболевания, ушибы, травмы, судороги при высокой t° , до года выделить отдельно*) _____

Находится на диспансерном учете по заболеванию (с какого времени) _____

2. Результаты медицинских обследований 2.1. Врач-педиатр (врач-терапевт): Соматический статус: Вес _____, рост _____

Заключение о состоянии здоровья обследуемого (*основной диагноз (шифр по МКБ X, расшифровка)*): _____

Физическое развитие: _____ Группа здоровья: _____ Физкультурная группа: _____

Рекомендации: _____

Дата « _____ » _____ 20 _____ года

Врач-педиатр (врач-терапевт) _____ / _____ /
(подпись заверяется личной печатью врача)

2.2. Врач-офтальмолог: Анамнез заболевания, объективный статус: _____

OU - _____

AR-метрия: _____

DW Ait _____

Глазное дно: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации, назначения: _____

По медицинским показаниям нуждается/ не нуждается в создании условий получения образования с учетом состояния и индивидуальных возможностей здоровья слабовидящего/слепого обучающегося (*нужное подчеркнуть*)

Дата « _____ » _____ 20 _____ года

Врач-офтальмолог: _____ / _____ /
(подпись заверяется личной печатью врача)

2.3. Врач-оториноларинголог (врач-сурдолог): Анамнез заболевания, объективный статус: _____

Лор-органы: _____

Аудиологическое обследование: _____

Слух на правое ухо (шёпотная речь, разговорная речь) _____

Слух на левое ухо (шёпотная речь, разговорная речь) _____

Акустические рефлексы: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации, назначения: _____

По медицинским показаниям нуждается/не нуждается в создании условий получения образования с учетом состояния и индивидуальных возможностей здоровья слабослышащего/глухого обучающегося (*нужное подчеркнуть*).

Дата « ____ » _____ 20 ____ года

Врач-оториноларинголог: _____ / _____ /

(подпись заверяется личной печатью врача)

2.4. Врач-психиатр: Анамнез заболевания, психический статус: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации, назначения: _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ года

Врач-психиатр: _____ / _____ /

(подпись заверяется личной печатью врача)

2.5. Врач-невролог: Анамнез заболевания, объективный статус: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации, назначения: _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ года

Врач-невролог: _____ / _____ /

(подпись заверяется личной печатью врача)

2.6. Другие медицинские специалисты (для обследуемых с нарушением опорно-двигательного аппарата – врач-травматолог-ортопед):

Анамнез заболевания, объективный статус: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации, назначения: _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ года

Врач- _____: _____ / _____ /

(подпись заверяется личной печатью врача)

Заведующий поликлиникой: _____ / _____ /

М.П.