

**СОГБОУ «Вяземский центр коррекции и развития»
Территориальная ПМПК**

КАРТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА
(данные предварительного обследования)

Название: ТПМПК, Месторасположение:

(адрес) *г.Вязьма, ул. Воинов-интернационалистов, д.7* Телефон **5-26-79**

Общие сведения о ребенке

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____, возраст на время обследования _____ лет

3. Место проживания _____

4. В каких заведениях воспитывался, обучался _____

5. Кем направлен на обследование _____

6. Цель обследования, жалобы _____

7. Краткие сведения о семье ребёнка (ФИО, год рождения, место работы, должность)

Мать _____

Отец _____

Основные медицинские заключения

1. **Педиатр** (развернутые анамнестические данные из «Истории развития ребенка» и состояние его здоровья)

Беременность (по счету) _____ Протекания беременности _____

Роды (по счету) _____ Протекание родов _____

вес _____ длина _____ Держит голову _____ Переворачивается _____

Сидит _____ Ползает _____ Стоит _____ Ходит _____ Первые слова _____

Фразовая речь _____

«Д» учет (диагноз) _____

Инвалид (Диагноз) _____

Перенесенные заболевания _____

на момент обследования: рост _____ вес _____ группа здоровья _____

Дополнение, примечание _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

2. Офтальмолог (детский) _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

3. Отоларинголог (детский) _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

4. Невролог (детский) Неврологический статус, диагноз, рекомендации _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

5. Психиатр (детский) Психиатрический статус, диагноз, рекомендации _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

6. Медико-генетическая консультация (по необходимости) _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

7. Другого специалиста (по необходимости) _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____

М.П. (Фамилия, имя, отчество)