

Медицинское представление обучающегося для ПМПК ТМР

(выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей)

наименование направившей образовательной организации _____

ФИО обучающегося _____ Дата рождения _____

Класс (группа) _____ Домашний адрес _____

Семейный анамнез. Сведения о характерных семейных заболеваниях (соматических, эндокринных, неврологических, психических, наличие дисплазий лица и телосложения, других особенностях) _____

Сведения о генеративных функциях матери (количество беременностей и родов, характер их протекания, лечение от бесплодия, число аборт, выкидышей, мертворождений) _____

Перинатальный анамнез. Беременность (по счету) _____ Роды (по счету) _____ В сроке _____
Данные о вредностях, их влиянии на мать во время беременности (производственные, экологические, психологические, зависимости) _____

Наличие патологии беременности (указать) _____

Особенности протекания родов _____

Особенности новорожденного. Масса _____ Длина _____ Окр. головы _____ Окр. груди _____ По Апгар _____
Время начала кормления _____ Сроки пребывания в роддоме _____ Причины задержки выписки _____

Наличие патологии новорожденного (врожденных дисплазий, пороков развития, желтушности, абстинентного синдрома, кефалогематомы, гипотрофии, судорожных состояний, пр.), перенесенные новорожденным заболевания (инфекции, интоксикации, травмы, эндокринные, соматические, нервно-психические, аллергические, гиповитаминозы, иное, их длительность, острота, тяжесть осложнений, особенности лечения), указать _____

Раннее моторное развитие (сроки появления показателей)

Голову держит _____ Сидит _____ Стоит _____ Ходит _____

Раннее речевое развитие (сроки появления показателей)

Гуление _____ Лепет _____ Первые слова _____ Простая фраза _____ Развернутая фраза _____

Сведения о вредных привычках у родителей, других родственников, общающихся с ребенком _____

Перенесенные к моменту обследования заболевания (психотравмирующие ситуации) _____

Заключения врачей (с согласия родителей/законных представителей _____)

Невролог (эпилептолог)	
Оториноларинголог	
Офтальмолог	
Ортопед (травматолог)	
Психиатр	
Педиатр	

Группа здоровья: _____ Рекомендации: _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г. Подпись врача-педиатра _____ (ФИО) _____ **М.П.**