

М.П.

СОГБОУ «Общеобразовательный центр «Южный»
ТПМПК «Южная» (г. Рославль, ул. Мичурина, 175, тел. 2 – 01 – 26)

КАРТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

1. Педиатр

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____, возраст на момент обследования _____

Домашний адрес _____

Беременность (по счету) _____ Протекание родов _____

Вес _____, длина _____, держит голову _____, переворачиваться _____,

сидит _____, ползает _____, стоит _____, ходит _____, первые слова _____.

Фразовая речь _____

«Д» учет (диагноз) _____

Инвалид (диагноз) _____

Перенесенные заболевания _____

Данные на момент обследования: рост _____, вес _____, группа здоровья _____

Заключение педиатра _____

_____ (подпись специалиста) специалист _____ дата _____

(Ф. И. О.)

М. П.

2. Офтальмолог _____

_____ (подпись специалиста) специалист _____ дата _____

(Ф. И. О.)

М. П.

3. **Отоларинголог** _____

_____ (подпись специалиста) специалист _____ дата _____

(Ф. И. О.)

М. П.

4. **Невролог.** Неврологический статус, диагноз, рекомендации _____

_____ (подпись специалиста) специалист _____ дата _____

(Ф. И. О.)

М. П.

5. **Психиатр.** Психиатрический статус, диагноз, рекомендации _____

_____ (подпись специалиста) специалист _____ дата _____

(Ф. И. О.)

М. П.

6. **Медико – генетическая консультация** (по необходимости) _____

_____ (подпись специалиста) специалист _____ дата _____

(Ф. И. О.)

М. П.

7. **Другого специалиста** (по необходимости) _____

_____ (подпись специалиста) специалист _____ дата _____

(Ф. И. О.)

М. П.