*Штамп*

*медицинской*

*организации*

**Выписка из истории развития ребенка  
для предоставления в территориальную психолого-медико-педагогической комиссию  
Нижневартовского района**

**Наименование медицинской организации**

**ФИО ребенка, дата рождения, возраст**

**Краткие анамнестические сведения**

**Беременность** по счету Особенности протекания: (токсикоз / резус конфликт / угроза выкидыша)

Перенесенные заболевания во время беременности

**Роды** \_\_\_ на какой неделе самостоятельные / оперативные / родовспоможение

Родовая травма (да / нет) Асфиксия (да / нет)

Оценка по шкале Апгар

Диагноз при выписке

**Раннее психомоторное развитие** (сроки появления показателей)

Голову держит с Сидит с Ползает Стоит с Ходит с

**Раннее речевое развитие:**

Гуление Лепет Первые слова Простая фраза Развернутая фраза

**Перенесенные заболевания в возрасте до 3-х лет** (тяжёлые соматические, инфекции, травмы, судороги при высокой температуре, оперативные вмешательства)

**Навыки самообслуживания:** сформированы / в стадии формирования / не сформированы / грубо нарушены /

**Развитие ребенка после трех лет**: перенесенные заболевания / травмы / случаи пребывания в больнице / болеющий

**Состоит на "Д" учёте:** (развернутый диагноз, с какого периода)

**Инвалид детства:** (диагноз, с какого по какой срок)

**Заключения врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации  
по месту жительства (регистрации)**

**Отоларинголог**

**Офтальмолог**

**Ортопед**

**Педиатр**

**Невролог**

**Психиатр** *(с указанием сведений об интеллектуальном развитии, других расстройств по МКБ-10. После обследования врачами, с амбулаторной картой, представлениями педагога-психолога, учителя-логопеда, учителя-дефектолога, воспитателя, классного руководителя)*

**Подпись специалиста, заполняющего выписку**

**М.П**

*\*Записи отоларинголога и офтальмолога действительны в течение 6месяцев, остальных специалистов — в течение года*