*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" учете \*:** (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

\*Заполняет педиатр

\*\*Заполняется психиатром при обследовании

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