

**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)