

Место штампа медицинской организации.
Официальное наименование медицинской организации,
адрес местонахождения, контактный телефон

**Выписка из истории развития ребенка
для прохождения психолого-медико-педагогической комиссии**

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Адрес регистрации по месту жительства _____

Подробная выписка из истории развития: дата рождения родителей, их социальный статус (образование, профессия)

Отец _____

Мать _____

Статус семьи (экономическое положение, не/полная, приемная, благополучная, не/благополучная и пр.): _____

Является инвалидом с (дата) _____ с диагнозом _____

Наследственная отягощенность (наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов) _____

Анамнестические сведения: беременность (по счету) _____ роды (по счету) _____ срок родов (недель) _____ роды
(срочные, преждевременные, стремительные, стимуляция и др.) _____

Заболевание матери во время беременности, наличие внутриутробных инфекций _____

Вес _____, рост _____ окружность головы _____ окружность груди _____ Апгар _____

Перинатальные заболевания и состояние ребенка _____

Психомоторное развитие: комплекс оживления с _____ мес., держит голову с _____ мес., сидит с _____ мес.
стоит с _____ мес., ходит без поддержки с _____ мес.

Раннее речевое развитие: гуление с _____ мес., лепет с _____ мес., слова с _____ мес., простая фраза с _____ мес.,
развернутая фраза с _____ мес., иное _____

Прибавка массы тела _____

Перенесенные заболевания: _____

Оценка актуального соматического состояния ребенка: _____

врач-офтальмолог (диагноз, **visus**) _____

врач-психиатр (диагноз, **уровень интеллекта**) _____

врач-отоларинголог _____

врач-невролог _____

сурдолог, ортопед, кардиолог (по показаниям, в случае, если ребенок стоит на «Д» учете) _____

Диагноз основного заболевания (МКБ 10) _____

Сопутствующие заболевания _____

Дата оформления выписки.

Подпись врача

Печать