

официальное наименование медицинской организации, адрес местонахождения, контактный телефон;

**Выписка из истории развития ребёнка № _____ от _____ года для
направления на ПМПК**

Ребёнок _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения « ____ » _____ г.

Адрес постоянного места жительства _____

Наименование образовательного учреждения, где обучается/ воспитывается ребенок _____

Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) _____

Дата рождения родителей, _____
Социальный статус (образование, профессия, экономическое положение семьи, полная/неполная, приемная, благополучная /неблагополучная и пр.) _____

Все записи в Выписке ведутся четко и разборчиво.

Анамнез жизни:

Наследственная отягощённость _____

(указать наличие наследственных заболеваний в семье, вредные привычки родителей: алкоголизм, наркомания, др.)

Особенности беременности матери _____

(с указанием заболеваний матери во время беременности, наличия токсикоза, угрозы выкидыша и на каком сроке)

Роды: срочные, преждевременные, стремительные, Кесарево сечение, стимуляция в родах (нужное подчеркнуть)

Наличие внутриутробных инфекций у матери (ЦВМ, токсоплазмоз, герпес) и другие _____

Оценка по шкале Апгар при рождении _____ баллов.

Развитие ребенка в период новорожденности и раннего возраста (наличие неврологических симптомов, прибавка в массе тела, частота и тяжесть различных заболеваний). _____

Перинатальные заболевания и состояния ребенка _____

Психомоторное развитие: начал держать голову с ____ мес., сидеть с _____ мес., ползать с ____ мес., ходить с _____ мес.

Речевое развитие: гуление с ____ мес., лепет с _____, первые слова в _____, фразовая речь в _____.

Перенесённые заболевания: _____

Соматическое состояние ребёнка на момент обследования (оценка актуального физического состояния ребенка) _____

Заключения врачей-специалистов:¹

Невролог: _____

_____ (дата)

_____ (подпись)

М.п.

Отоларинголог: _____

(при нарушенном слухе приложить аудиограмму)

_____ (дата)

_____ (подпись)

М.п.

Офтальмолог: _____

(с указанием остроты зрения на оба глаза в очках и без очков)

_____ (дата)

_____ (подпись)

М.п.

Хирург (ортопед): _____

_____ (дата)

_____ (подпись)

М.п.

Психиатр: _____

(по МКБ-10)

_____ (дата)

_____ (подпись)

М.п.

Заключения врачей, у которых ребёнок состоит на диспансерном учете:

_____ (дата)

_____ (подпись)

М.п.

Дополнительная информация о ребёнке, в том числе сведения о наличии инвалидности:

(справка №, на срок до)

Заместитель главного врача по детству и родовспоможению(последний спец-т):

о наличии (отсутствии) специальных условий для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. _____

глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями ОДА, с задержкой психического развития, с расстройствами аутистического спектра, с умственной отсталостью (интеллектуальными и нарушениями)

(наличие ОВЗ по нарушениям, подчеркнуть нужно)

¹ заключения профильных врачей-специалистов с указанием основного диагноза (шифр МКБ или полный диагноз указывается с письменного согласия родителей (законных представителей)). Каждая подпись заверяется личной печатью врача-специалиста.