

Штамп
медицинской
организации

Выписка из истории развития ребенка для предоставления на ПМПК

Наименование медицинской организации _____

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения, возраст _____

Сведения из истории развития ребенка

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) Шкала Апгар _____ Рост _____

Вес _____

Психомоторное развитие до трех лет: по возрасту / с задержкой / с опережением

Перенесенные заболевания _____

Наблюдение специалистов _____

Речевое развитие ребенка: по возрасту / с задержкой / с опережением;

гуление _____; лепет _____; первые слова _____; речь фразой _____

Навыки самообслуживания: сформированы / в стадии формирования

/не сформированы / грубо нарушены / _____

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

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

Отоларинголог _____

Офтальмолог _____

Ортопед _____

Педиатр _____

Невролог _____

Психиатр (с указанием сведений об интеллектуальном развитии, других расстройствах по МКБ-10) _____

Подпись специалиста, заполняющего выписку

_____/_____

М.П.