

Министерство здравоохранения РБ

В Республиканскую
психолого-медико-педагогическую комиссию
ГБОУ «Республиканский центр образования»
Министерства образования и науки Республики Бурятия

наименование (штамп)
медицинской организации

Выписка из истории развития ребёнка № _____

Дата составления « ____ » _____ 20__ г.

1. Фамилия, Имя, Отчество ребенка: _____

2. Дата рождения: _____

3. Адрес регистрации по месту жительства _____

4. Наименование образовательной организации, где обучается/ воспитывается
ребенок _____

5. ФИО родителя (законного представителя) _____

1. Анамнестические сведения

1. Наследственность (наличие среди родителей, родственников наследственных заболеваний и синдромов) _____

2. Особенности протекания беременности и родов

Беременность _____ (по счёту); течение беременности (токсикоз, угроза выкидыша, резус конфликт и др.) _____

Роды ____ (по счёту) на какой неделе _____

Патология в родах: затяжные, стремительные, со стимуляцией; родовая травма (да/нет); асфиксия (да/нет)

Шкала АПГАР _____; Рост _____; Вес _____

3. Развитие ребенка в период новорожденности и раннего возраста:

1. Прибавка в массе тела _____

2. Темпы психомоторного развития:

Речевое развитие ребёнка: по возрасту/с задержкой/с опережением
гуление _____; лепет _____; первые слова _____; фразовая речь _____

3. Наличие неврологических симптомов _____

4. Частота и тяжесть различных заболеваний,

5. наблюдения специалистов

2. Заключение профильных врачей-специалистов с указанием основного диагноза

1. Невролог: Дата: « _____ » _____ 20____ г.

2. Офтальмолог: Дата: « _____ » _____ 20____ г.

3. Сурдолог/отоларинголог: Дата: « _____ » _____ 20____ г.

4. Хирург/ортопед: Дата: « _____ » _____ 20____ г.

5. Педиатр: Дата: « _____ » _____ 20____ г.

Навыки самообслуживания: сформированы / в стадии формирования / не сформированы / грубо нарушены _____

Оценка актуального соматического состояния ребенка _____

Должность специалиста, заполнившего выписку _____ / _____ /
подпись / расшифровка подписи

Главный врач (уполномоченное лицо) _____ / _____ /
подпись / расшифровка подписи

МП медицинской организации