**Медицинское заключение о состоянии здоровья ребенка  
для представления на ПМПК**

**Наименование учреждения, проводившего осмотр**

**Ф.И.О. ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения/возраст:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата выписки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Раннее развитие:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Держит голову с** | **Гуление с** |
| **Переворачивается** | **Лепет с** |
| **Сидит с** | **Первые слова** |
| **Стоит с** | **Простая фраза** |
| **Ходит с** | **Фразовая речь** |
| **Оценка по шкале Апгар** | **Масса при рождении** |
| **Наличие инвалидности (да/ нет), с какого времени,** | **по какому заболеванию** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Специалист (ФИО)** | **Дата** | **Заключение / Личная печать врача (подпись)** |
| **Невролог** |  |  |
| **Врач-психиатр** |  |  |
| **Логопед** |  |  |
| **Офтальмолог** |  |  |
| **Детский хирург / Травматолог - ортопед** |  |  |
| **Лор/ сурдолог** |  |  |
| **Педиатр (данные анамнеза)** |  |  |

**М.П.**