|  |
| --- |
| Штамп медицинской организации |

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Полное наименование медицинского учреждения, направившего пациента)*

|  |
| --- |
| 1.Адрес учреждения: (указать адрес местонахождения) |
|  |
| 2.Телефон медицинского учреждения: |
| 3.Фамилия, имя, отчество ребенка |
| 4.Дата рождения ребенка |
| 5.Адрес регистрации по месту жительства ребенка  |
|  |
| 6.Наименование образовательной организации ребенка (где обучается и воспитывается ребенок): |
|  |
| 7. Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) |
|  |
| **Анамнестические данные о ребенке** |
| Беременность (по счету) Срок Особенности протекания родов |
| Вес Длина Оценка по шкале АПГАР |
| Диагноз новорожденного при выписке: |
|  |
| **Раннее развитие** (сроки появления показателей) |
| Голову держит Комплекс оживления Сидит Стоит Ходит |
| **Раннее речевое развитие** (сроки появления показателей) |
| Гуление Лепет Первые слова Простая фраза Развернутая фраза |
| **Перенесенные заболевания**  |
| - до 1 года: |
|  |
| - до 3-х лет: |
|  |
| - после 3-х лет жизни по настоящее время: |
|  |
| **Наследственность** со стороны других близких, родственников (туберкулез, венерические, эндокринные, психические заболевания, интеллектуальные нарушения и др.) |
|  |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ:** |
| 13. Психиатр: |
|  |
|  |
|  |
| 14. Невролог: |
|  |
|  |
|  |
| 15. Педиатр: |
|  |
|  |
| 16. Офтальмолог: |
|  |
|  |
|  |
| 17. Отоларинголог: |
|  |
|  |
| 18. Хирург: |
|  |
|  |
| 19. Заключение врачей других специальностей (наблюдавших ребенка в медицинских организациях): |
|  |
|  |
|  |
|  |

\* в заключениях врачей шифр МКБ или полный диагноз указывается с письменного согласия родителей (законных представителей).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись главного врача расшифровка подписи

(руководителя медицинской организации)

М.П.