Приложение № 14

к Порядку по предоставлению путевок на реабилитацию в государственные учреждения социального обслуживания Амурской области - государственное автономное учреждение социального обслуживания Амурской области «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Бардагон» и Государственное автономное учреждение социального обслуживания Амурской области «Малиновский социально-реабилитационный центр»

Медицинская справка
о состоянии здоровья ребенка для прохождения курса реабилитации
в государственном автономном учреждении социального обслуживания Амурской области «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Бардагон»
(указать наименование центра)

«_____» _____ 20 _____ года

1. Выдана: _____
(указать фамилию, имя, отчество ребенка)

2. Пол: М Ж (нужное подчеркнуть)
3. Дата рождения: «_____» _____ _____
число месяц год

4. Адрес:_____
5. Сопровождение:
5.1. Без сопровождения
5.2. С сопровождением_____
(указать ФИО сопровождающего лица)

6. Справка федерального учреждения медико-социальной экспертизы (МСЭ):
номер _____ серия _____ дата выдачи_____
7. Образовательное учреждение:
_____
(указать вид образовательного учреждения, школу, класс)
8. Место работы законных представителей, контактный телефон:
_____
9. Диагнозы: (по МКБ - 10)_____
9.1. Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности:
_____
9.2. Сопутствующие заболевания:_____
9.3. В том числе психиатрические_____
10. Мобильность: без ограничений, с опорой (ходунки, костыли, трости), колясочник
(нужное подчеркнуть)
11. Анамнез жизни: развитие по возрасту, с задержкой (нужное подчеркнуть)
12. Перенесенные заболевания:
_____
13. Травмы, операции:
_____
14. Аллергологический анамнез:
_____
15. **Сведения о прививках:**
15.1.V(RV)БЦЖ_____
15.2. Манту (последние 2 года) _____

15.3. RV АКДС(АДС_____
15.4.RV полиомиелита_____
15.5. V(RV) кори, краснухи, паротита_____
15.6. V(RV) клещевого энцефалита_____
16. Анамнез заболевания:
16.2. Болен с _____, инвалидность с _____
16.3. Обострения _____ раз в год,
16.4. Стационарное лечение, обследование _____ раз в год.
17. Результаты обследования:
17.1. Клинический анализ крови:_____
17.2. Общий анализ мочи:_____
17.3. Анализ кала на яйцеглист и энтеробиоз:_____
17.4. Флюорография (для детей 15 лет и старше)_____

18. **Заключение дерматолога (для всех):**
18.1. Диагноз: (МКБ-10)_____
18.2. Рекомендации:_____
_____
_____

Врач _____
(подпись, расшифровка подписи)

МП врача

19. Заключение невролога (для детей с заболеванием нервной системы):
19.1. Диагноз: (МКБ-10)_____
_____
19 .2. Рекомендации:_____
_____
_____

Врач _____
(подпись, расшифровка подписи)

МП врача

20. Заключение психиатра (для детей с заболеванием психической сферы):
20.1. Диагноз: (МКБ-10)_____
_____
20.2. Рекомендации:_____
_____
_____

Врач _____
(подпись, расшифровка подписи)

МП врача

21. Заключение педиатра (для всех):
21.1. Диагноз: (МКБ-10)_____
21.2. Рекомендации:_____
_____
_____

Врач _____
(подпись, расшифровка подписи)

МП врача

Заведующий отделением или председатель врачебной комиссии
_____
(подпись, расшифровка подписи)

МП