

Заключения по результатам обследования специалистами

1. Педиатр. Выписка из истории развития ребенка (эпикриз)

От какой беременности, протекание беременности _____

Роды _____

При рождении: вес _____, рост _____ оценка по Апгар _____ б.

На диспансерном учете по Ф-3- (специалист, диагноз)

До 1 года _____

После года _____

Перенесенные инфекционные заболевания _____

Прочие заболевания:

До 1 года _____

После года _____

Травмы, операции _____

Аллергоанамнез _____

Реакции на прививки _____

Наследственность _____

Группа здоровья _____ Физ. развитие _____

Дата _____ Подпись врача _____

2. Заключение невропатолога (с указанием особенностей двигательной активности: ходьба самостоятельная; передвигается с поддержкой; самостоятельно не передвигается (нужное подчеркнуть), и состояние речевого развития _____

Дата _____ Подпись врача _____

3. Заключение психиатра (Подъездной пер., 21, т. 312-73-23)

Дата _____ Подпись врача _____

4. Заключение врача ортопеда или хирурга о состоянии опорно-двигательного аппарата _____

Дата _____ Подпись врача _____

5. Заключение врача-отоларинголога _____

Дата _____ Подпись врача _____

6. Аудиометрия (если необходимо по показаниям ЛОРа) _____

7. Заключение врача хирурга _____

Дата _____ Подпись врача _____

8. Заключение врача офтальмолога _____

Дата _____ Подпись врача _____

9. Заключение учителя-логопеда (**заполняется на комиссии**):
понимание обращенной речи _____

звукопроизношение _____

слоговая структура речи и звук наполняемость _____

фонематические функции _____

словарный запас _____

грамматический строй _____

уровень развития связной речи _____

9. Заключение учителя-дефектолога (**заполняется на комиссии**):

Заключение _____

Члены ТПМПК: _____ / _____ /
_____ / _____ /
_____ / _____ /
_____ / _____ /

ПЕЧАТЬ ПОЛИКЛИНИКИ

Выписка из истории развития ребенка

(карта комплексного обследования),
направляемого на территориальную психолого-медико-педагогическую
комиссию Фрунзенского района Санкт-Петербурга для определения
образовательной программы и создания специальных условий для
получения образования детьми с ограниченными возможностями
здоровья дошкольного возраста

Фамилия имя отчество ребенка _____

Дата рождения _____

Адрес регистрации с указанием района города _____

Адрес проживания с указанием района города _____

№ телефона _____

ДООУ, которое посещает ребенок _____

ФИО законного представителя _____

Предварительное логопедическое заключение (заполняется лишь при
посещении предварительной консультации учителя-логопеда)