**Выписка из карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего**

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

**2. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Специалисты** | **Параметры** |
| Дата обследования |  |
| Возраст (лет, мес-цев) |  |
| Длина тела |  |
| Масса тела |  |
| ЖАЛОБЫ |  |
| ОСМОТРЫ: |  |
| Педиатр (в т.ч. ЧСС за 1 мин., АД – 3 раза) |  |
| Хирург |  |
| Ортопед |  |
| Офтальмолог |  |
| Отоларинголог |  |
| Дерматолог |  |
| Невролог |  |
| Логопед (с 3 лет) |  |
| Стоматолог |  |
| Педагог, психолог |  |
| ДРУГИЕ |  |
|  |  |
| Анализы: |  |
| Крови |  |
| Кала |  |
| Мочи |  |
| Заключительный диагноз (в т.ч., основной, сопутствующие заболевания) |  |
| Оценка физического развития |  |
| Группа здоровья |  |
| Мед. гр. для занятий физкультурой |  |
| Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание и др.) |  |

Врач-педиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись родителей (законных представителей) ребенка на разрешение передачи данных организацией здравоохранения в ДОО:

ФИО родителя (законного представителя) ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г. подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_