

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ

предоставляется при поступлении

в Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата
Министерства труда и социальной защиты республики Беларусь
220049. г. Минск, ул. Севастопольская, 56. Контактный телефон 281-60-86 (регистратура)
e-mail: rrcdi@tut.by; www.reacenter.by

Фамилия, имя, отчество ребенка _____

Дата рождения _____ Телефон дом/сотовый _____

Адрес места жительства _____

Направлен (наименование УЗ) _____

Инвалидность установлена с _____ Степень утраты здоровья _____

Посещает ДДУ (общего типа, специального, ЦКРО, неорганизован, общеобразовательная школа (кл. _____)

Вспомогательная школа (1 отделение / 2 отделение) _____

Диагноз основной _____

Сопутствующий _____

Заключение Центра коррекционно-развивающего обучения с указанием программы обучения и

диагноза: _____

Оценка самообслуживания: полное; себя не обслуживает; частичное самообслуживание, прием пищи (самостоятельно/кормят), одевается (самостоятельно/с легкой помощью/одевают), раздевается (самостоятельно/с легкой помощью/раздевают).

Передвигается самостоятельно, с посторонней помощью за руку, с помощью вспомогательных средств: с ходилкой, палочками, тростью, передвигается самостоятельно на коляске, возят в коляске

Сведения об оперативном лечении _____

Последний курс реабилитации _____

Наличие энуреза, энкопреза _____

Перенесенные заболевания: ОРЗ, ОРВИ (_____ раза в год), ветряная оспа, эпидпаротит, краснуха _____

Аллергологический анамнез: _____

Вредные привычки _____

Потери сознания (да/нет) _____ **Судороги** (да/нет) _____ Последний припадок (указать периодичность) _____

Принимает противосудорожную терапию с _____ года, постоянно (да/нет)

Название препарата, доза, кратность приема _____

Частота припадков на фоне терапии _____

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Анализ крови (действ. 10 дней) от « _____ » *Нь* *Эр* *Л* *П* *S* *Лмф* *СОЭ* _____

Анализ мочи (действ. 10 дней от « _____ » *с/ж*, прозрачная, (мутная), лейкоциты _____, Эр _____, белок _____, эпителий _____

Анализ кала на я/глист (действ. 30 дней) от « _____ » *Энтеробиоз (действ. 10 дней) от « _____ »*

Заключение ЭКГ от « _____ » *Ритм синусовый* _____, ЧСС _____ в мин. _____

Флюорограмма (для детей старше 17 лет) от « _____ » _____

ЭЭГ от « _____ » _____

КТ (МРТ) головного (спинного мозга) от « _____ » _____

Другие обследования _____

Профилактические прививки _____

Последний курс реабилитации _____

ПРИМЕЧАНИЕ: при наличии у ребенка судорожного синдрома, реабилитация возможна при ремиссии не менее 6 месяцев. В случае перенесенного ОРЗ, реабилитация показана не ранее, чем через 2 недели после выздоровления. В случае изменений на ЭКГ – предоставить заключение кардиолога по ограничениям в ЛФК и физиопроцедурах.

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись и личная печать врача _____