

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ

для решения вопроса о возможности реабилитации детей
в Республиканском реабилитационном центре 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 _____

ЛПУ по месту жительства, _____

Инвалидность установлена с _____ Степень утраты здоровья _____

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

Вспомогательная школа (1 отделение / 2 отделение) _____

Диагноз направившего учреждения _____

Диагноз выставлен (где, когда) _____

Заключение Центра коррекционно-развивающего обучения с указанием программы обучения и
диагноза: _____

Последний курс реабилитации (где) _____

Сведения об оперативном лечении _____

Последняя рентгенограмма (дата, описание) _____

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Ребенок от _____ беременности, _____ родов. Патология беременности _____

Роды в срок (досрочно _____ недель), физиологические, родовспоможение _____

Вес при рождении _____ Выписан из роддома на _____ сутки

Переведен в другое отделение, стационар по причине _____

Поднимает и удерживает голову с _____ Сидит самостоятельно с _____

Ползает с _____ Ходит с _____

Наличие энуреза, энкопреза _____

Оценка самообслуживания: полное; себя не обслуживает; частичное самообслуживание

Прием пищи (самостоятельно/кормят), одевается (самостоятельно/с легкой помощью/одевают), раздевается (самостоятельно/с легкой помощью/раздевают), принимает душ (самостоятельно/с легкой помощью/умывают), посещение туалета (нуждается в помощи / нет)

Речь: гуление, отдельные звуки, слоги, звукоподражание, произносит отдельные слова, фразы, развернутые фразы, речь понятна окружающим (да / нет), обращенную речь понимает (да / нет).

Инструкции выполняет правильно (да / нет) _____

Контакт с окружающими: затруднен, избирательно вступает в контакт, не вступает в контакт, в контакт вступает охотно, расторможен, действия не контролируются _____

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

Походка: не изменена, приближена к правильной, спастическая, гемипаретическая, атактическая, степаж, с хромотой на левую, правую ногу, «утиная» _____

Перенесенные заболевания: ОРЗ, ОРВИ (___ раз в год), ветряная оспа, эпидпаротит, краснуха

Аллергологический анамнез: _____

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 _____

Неврологический статус при заболеваниях нервно системы

Ортопедический статус при заболеваниях костно-мышечной системы

ПРИМЕЧАНИЕ: 1. При болезни Пертеса реабилитация возможна при условии самостоятельной ходьбы без костылей. Необходимо предоставить последнее заключение по рентгенограмме т/бедренных суставов

2. При наличии у ребенка судорожного синдрома, реабилитация возможна при ремиссии не менее 6 месяцев.

3. В случае перенесенного ОРЗ, реабилитация показана не ранее, чем через 2 недели после выздоровления.

4. В случае изменений на ЭКГ – предоставить заключение кардиолога по ограничениям в ЛФК и физиопроцедурах.

Дата « _____ » _____ 20 ____ г. Подпись и личная печать врача _____