

**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](mailto:rrcdi@tut.by); [www.reacenter.by](http://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 ( \_\_\_ раза 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 \_\_\_\_\_