

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия  
Фрунзенского района Санкт-Петербурга  
**Карта комплексного обследования ребенка**

Фамилия имя отчество ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес места жительства

(пребывания) \_\_\_\_\_

Образовательная организация, \_\_\_\_\_

Наличие инвалидности, диагноз \_\_\_\_\_

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (форма №112/у)

Заключения специалистов:

1 Заключение педиатра:

От какой беременности, протекание

беременности \_\_\_\_\_

Роды: \_\_\_\_\_ При рождении: вес \_\_\_\_\_, рост \_\_\_\_\_ . Шкала Апгар \_\_\_\_\_

Диспансерное наблюдение (по ф.№ 030/у): (специалист, диагноз) \_\_\_\_\_

Перенесенные инфекционные

заболевания: \_\_\_\_\_

Травмы, в т.ч. головы, сотрясение головного мозга, в  
возрасте \_\_\_\_\_

Перенесенные операции \_\_\_\_\_

в возрасте.

Реакции на прививки \_\_\_\_\_

Наследственность \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_ Физическое развитие \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ МП Подпись врача \_\_\_\_\_

2 Состояние ребенка при направлении его на психолого-медико-педагогическую комиссию (указываются жалобы, данные осмотра врачами специалистами, рекомендуемые медицинские мероприятия и специальные условия обучения),

2.1 Заключение врача офтальмолога

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

дата МП подпись врача

2.2 Заключение врача отоларинголога

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

дата МП подпись врача

2.3 Заключение врача невролога

---

---

---

дата МП подпись врача

2.4 Заключение врача хирурга

---

---

---

дата МП подпись врача

2.5 Заключение врача ортопеда (по рекомендации хирурга)

---

---

---

дата МП подпись врача

2.6 Заключение врача сурдолога (по рекомендации отоларинголога)

---

---

---

дата МП подпись врача

2.7 Заключение врачей других специальностей, наблюдающих ребенка в медицинской организации

---

---

---

дата МП подпись врача

2.8 Заключение логопеда

---

---

---

дата МП подпись врача

2.9 Заключение психолога

---

---

---

дата МП подпись врача