

**Медицинское заключение  
для оформления в стационарное отделение несовершеннолетних получателей  
социальных услуг в учреждения социальной защиты.**

№ \_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Наименование медицинской организации, выдавшей карту \_\_\_\_\_

Выдана \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество, год рождения)

(адрес места проживания)

Состояние здоровья \_\_\_\_\_

(передвигается самостоятельно, с посторонней помощью, с помощью ТСР)

Способность к самообслуживанию \_\_\_\_\_

(не ограничена, частично ограничена (указать степень), нуждается в постоянном постороннем уходе)  
(нужное подчеркнуть)

Результат флюорографии (с 15лет) \_\_\_\_\_

Заразные заболевания кожи, волос, ногтей имеет / не имеет

(нужное подчеркнуть)

**Наличие/отсутствие** медицинских противопоказаний для принятия на обслуживание в стационарное отделение для детей – инвалидов учреждения социальной защиты (тяжелые психические расстройства, карантинные инфекционные, кожные заболевания, бактерионосительство, активные формы туберкулеза, онкологические заболевания, требующие лечения в специализированных учреждениях здравоохранения) \_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть)

Диагноз \_\_\_\_\_

«Д» учет \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Прием лекарственных препаратов \_\_\_\_\_

Заключение: может /не может находиться в стационарном отделении для детей-инвалидов учреждения социального обслуживания \_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть)

М.П.

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

## Выписка из амбулаторной карты ребенка

Фамилия, имя, отчество ребенка \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
Медицинская организация (по месту жительства (регистрации)) \_\_\_\_\_

### Анамнестические данные о ребенке

Беременность (по счету) \_\_\_\_\_ Течение беременности \_\_\_\_\_  
Роды (по счету) \_\_\_\_\_ Срок \_\_\_\_\_

Особенности протекания родов \_\_\_\_\_

Вес \_\_\_\_\_ Длина \_\_\_\_\_ Оценка по АПГАР \_\_\_\_\_

### Раннее развитие (сроки появления показателей)

Голову держит \_\_\_\_\_ Комплекс оживления \_\_\_\_\_

Сидит \_\_\_\_\_ Стоит \_\_\_\_\_ Ходит \_\_\_\_\_

### Раннее речевое развитие (сроки появления показателей)

Гуление \_\_\_\_\_ Лепет \_\_\_\_\_ Первые слова \_\_\_\_\_

Простая фраза \_\_\_\_\_

Развернутая фраза \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Наследственность со стороны других близких, родственников (туберкулез, венерические заболевания, психические заболевания, умственная отсталость и др.) \_\_\_\_\_

Лабораторные и инструментальные исследования для помещения в стационарное отделение учреждения социальной защиты

ОАМ \_\_\_\_\_

ОАК \_\_\_\_\_

Кал на я/глистов \_\_\_\_\_

Соскоб на энтеробиоз \_\_\_\_\_

МРП (с 12 лет) \_\_\_\_\_

ФЛГ (с 15 лет) \_\_\_\_\_

МП Дата, подпись, Ф.И.О. специалиста

СПРАВКА №

ВЫДАНА \_\_\_\_\_  
(учреждение здравоохранения)

Кому \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О)

В том, что по адресу \_\_\_\_\_  
адрес проживания)

Посещающему (й) \_\_\_\_\_  
в том, что он(она) в контакте с инфекционными больными за последние три недели не находился(ась).  
В контакте с больным вирусным гепатитом А не находился (ась) 35 дней. В контакте с больным COVID-19  
не находился(ась).

Подпись лица, выдавшего справку \_\_\_\_\_

«    » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год.

МП