

Регистрационный номер	Двигательная активность _____ Деформация _____ Отставание в умственном развитии _____ Слепота _____ Глухота _____ Речь _____ Судороги _____ Поведение _____ Другое _____	План: _____ Дата: _____ Выполнено _____ _____ повторное посещение _____ _____ направление к специалисту _____ _____ посещение на дому _____ _____ другое _____
Код	<b>ТИП НАРУШЕНИЯ</b>	
Диагноз, если известен: _____		

ЛИСТ  
НАБЛЮДЕНИЯ  
№1  
(стр. 1)

## ИСТОРИЯ ЖИЗНИ РЕБЕНКА (Первое посещение)

Имя: \_\_\_\_\_ Пол:  

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_ Вес: \_\_\_\_\_ Рост: \_\_\_\_\_

Мать: \_\_\_\_\_

Отец: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Как вы узнали об этой программе? \_\_\_\_\_

ЧТО БОЛЬШЕ ВСЕГО БЕСПОКОИТ РЕБЕНКА? \_\_\_\_\_

Когда началось заболевание? \_\_\_\_\_ Как? (Причина?) \_\_\_\_\_

Что еще беспокоит ребенка? \_\_\_\_\_

Наблюдается ли улучшение? \_\_\_\_\_ Ухудшение? \_\_\_\_\_ Отсутствие изменений? \_\_\_\_\_

Поясните: \_\_\_\_\_

Чем, вы надеетесь, ребенку поможет посещение этого центра? \_\_\_\_\_

Не болеют ли другие члены семьи или родственники таким же заболеванием? \_\_\_\_\_ Кто? \_\_\_\_\_

Получал ли ребенок медицинскую помощь? \_\_\_\_\_ Какую? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Где? \_\_\_\_\_

Пользуется ли он ортопедическими аппаратами или другими специальными средствами? \_\_\_\_\_ Какими? \_\_\_\_\_

Пользовался ли он ими раньше? \_\_\_\_\_ Поясните: \_\_\_\_\_

Каково общее состояния здоровья ребенка? \_\_\_\_\_

Ребенок полный? \_\_\_\_\_ Очень худой? \_\_\_\_\_ Другая комплекция? \_\_\_\_\_

Видит и слышит хорошо? \_\_\_\_\_ Поясните: \_\_\_\_\_

Расскажите, что умеет ребенок и в чем затрудняется: \_\_\_\_\_ Соответствие возрастной норме? \_\_\_\_\_

держит голову \_\_\_\_\_

пользуется руками \_\_\_\_\_

ползает или передвигается на четвереньках \_\_\_\_\_

стоит, ходит \_\_\_\_\_

участвует в играх \_\_\_\_\_

самостоятельно ест и пьет \_\_\_\_\_

самостоятельно ходит в туалет \_\_\_\_\_

навыки личной гигиены \_\_\_\_\_

самостоятельно одевается \_\_\_\_\_

Умеет ли ребенок говорить? \_\_\_\_\_ Насколько хорошо? \_\_\_\_\_ Когда начал говорить? \_\_\_\_\_

Что еще умеет делать ребенок? \_\_\_\_\_

Чего ребенок не умеет делать? \_\_\_\_\_

Какие еще навыки или умения вы хотите, чтобы приобрел ваш ребенок? \_\_\_\_\_

Соответствует ли норме умственное развитие ребенка? \_\_\_\_\_  
 Отстает в умственном развитии? \_\_\_\_\_ Как сильно? \_\_\_\_\_  
 Почему вы так думаете? \_\_\_\_\_  
 Бывают ли у ребенка судороги? \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_  
 Опишите: \_\_\_\_\_

ЛИСТ  
 НАБЛЮ-  
 ДЕНИЯ  
 №1  
 (стр. 2)

Ребенок принимает лекарства? \_\_\_\_\_ Какие? \_\_\_\_\_  
 От чего? \_\_\_\_\_ Результат лечения (помогает или нет эффекта)? \_\_\_\_\_  
 Соответствует ли поведение ребенка возрастной норме? \_\_\_\_\_  
 Поведенческие или эмоциональные проблемы? \_\_\_\_\_ Поясните: \_\_\_\_\_

Ребенок ходит в школу? \_\_\_\_\_ В какой класс? \_\_\_\_\_

С кем живет ребенок? \_\_\_\_\_

Число братьев и сестер: \_\_\_\_\_ Их возраст: \_\_\_\_\_

Отец работает? \_\_\_\_\_ Где? \_\_\_\_\_

Мать работает? \_\_\_\_\_ Где? \_\_\_\_\_

СРЕДНИЙ ДОХОД:

Внешнее впечатление от ребенка: хорошо ухожен? \_\_\_\_\_ избалован или излишне опекается? \_\_\_\_\_

неухожен? \_\_\_\_\_ счастлив? \_\_\_\_\_ уверен в себе? \_\_\_\_\_ замкнут? \_\_\_\_\_

другое: \_\_\_\_\_

Важные сведения о ситуации в семье: \_\_\_\_\_

Что сделала, изготовила или приобрела семья, чтобы помочь ребенку? \_\_\_\_\_

Другие наблюдения, информация или иллюстрации

(При необходимости используйте дополнительный лист):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания: Дата: \_\_\_\_\_

корь \_\_\_\_\_

ветряная оспа \_\_\_\_\_

коклюш \_\_\_\_\_

другое \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Вакцинации:	Сколько	Даты	Аллергические реакции
Туберкулез (БЦЖ)	_____	_____	_____
Полиомиелит	_____	_____	_____
КДС	_____	_____	_____
Гепатит В	_____	_____	_____
Корь	_____	_____	_____
Столбняк	_____	_____	_____
Другие	_____	_____	_____

Сколько денег вы истратили на лечение своего ребенка? \_\_\_\_\_ На что? \_\_\_\_\_

Были ли нарушения или осложнения у ребенка вызваны неправильным применением лекарственных средств или лечением? \_\_\_\_\_ Поясните: \_\_\_\_\_

ДЛЯ РЕБЕНКА С ПАРАЛИЧОМ:

Делались ли ребенку инъекции до того, как у него развился паралич? \_\_\_\_\_