

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
«ТЮМЕНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ РЕБЕНКА»
(ГБУЗ ТО «ТЮМЕНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ РЕБЕНКА»)

ПРИКАЗ

09 июня 2021г.

№ 55/адм

**Об утверждении формы
заключения о состоянии здоровья ребёнка-сироты**

На основании Приказа Министерства здравоохранения РФ № 711н от 13 октября 2015г.

ПРИКАЗЫВАЮ

1. Проводить обследование всех детей, поступающих в ГБУЗ ТО «Тюменский специализированный дом ребенка» в соответствии с перечнем медицинского обследования, утвержденного приказом МЗ РФ № 711н от 13.10.2015.
2. Утвердить форму заключения о состоянии здоровья ребенка помещенного в ГБУЗ ТО «Тюменский специализированный дом ребенка» (приложения 1).

Главный врач



Е.Ю. Полякова

Заключение
о состоянии здоровья ребенка-сироты, ребенка оставшегося без попечения
родителей, помещаемого под надзор в организацию для детей-сирот и
детей, оставшегося без попечения родителей

Выдано _____
(наименование и адрес мед. организации)

Предоставляется _____

_____ (наименование и адрес организации для детей-сирот, и детей, оставшегося без попечения родителей, Ф.И.О. руководителя)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка _____

Дата рождения _____ Пол мужской/женский (нужное подчеркнуть)

Дата проведения медицинского обследования _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

практически здоров да/нет (нужное подчеркнуть)

диагноз _____ (код по МКБ- 10)

а) функциональные отклонения /хроническое заболевание (нужное подчеркнуть)

б) диагноз предварительный/уточненный (нужное подчеркнуть)

в) диспансерное наблюдение велось ранее/проводится впервые (нужное подчеркнуть)

диагноз _____ (код по МКБ- 10)

а) функциональные отклонения /хроническое заболевание (нужное подчеркнуть)

б) диагноз предварительный/уточненный (нужное подчеркнуть)

в) диспансерное наблюдение велось ранее/проводится впервые (нужное подчеркнуть)диагноз

_____ (код по МКБ- 10)

а) функциональные отклонения /хроническое заболевание (нужное подчеркнуть)

б) диагноз предварительный/уточненный (нужное подчеркнуть)

в) диспансерное наблюдение велось ранее/проводится впервые (нужное подчеркнуть)

диагноз _____ (код по МКБ- 10)

а) функциональные отклонения /хроническое заболевание (нужное подчеркнуть)

б) диагноз предварительный/уточненный (нужное подчеркнуть)

в) диспансерное наблюдение велось ранее/проводится впервые (нужное подчеркнуть)

диагноз _____ (код по МКБ- 10)

а) функциональные отклонения /хроническое заболевание (нужное подчеркнуть)

б) диагноз предварительный/уточненный (нужное подчеркнуть)

в) диспансерное наблюдение велось ранее/проводится впервые (нужное подчеркнуть)

диагноз _____ (код по МКБ- 10)

а) функциональные отклонения /хроническое заболевание (нужное подчеркнуть)

б) диагноз предварительный/уточненный (нужное подчеркнуть)

в) диспансерное наблюдение велось ранее/проводится впервые (нужное подчеркнуть)

Оценка физического развития

рост _____ см., вес _____ кг., окружность головы _____ см.

физическое развитие: нормальное, отклонение – дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост (нужное подчеркнуть).

Оценка психического развития

для детей 0-4 лет включительно:

познавательная функция _____ (возраст развития)

моторная функция _____ (возраст развития)

эмоциональная и социальная функция _____ (возраст развития)

предплечевое и речевое развитие _____ (возраст развития)

(подпись)

М.П.

(Ф.И.О. руководителя мед. организации)

(дата оформления)

20__ г.

ПЕРЕЧЕНЬ

исследований при проведении медицинского обследования детей-сирот, и детей оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

ДАТА:

№ АМБ КАРТЫ:

ФИО:

ВОЗРАСТ:

СВЕДЕНИЯ ОБ ИВАНВАЛИДНОСТИ: УСТАНОВЛЕНА / НЕ УСТАНОВЛЕНА
СОСТОИТ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ:

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРОВ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ			
1	ПЕДИАТР		
2	НЕВРОЛОГ		
3	ОФТАЛЬМОЛОГ		
4	ОТОЛАРИНГОЛОГ		
5	ДЕТСКИЙ ХИРУРГ, УРОЛОГ		
6	ДЕТСКИЙ СТОМАТОЛОГ (с 3 лет)		
7	ТРАВМАТОЛОГ-ОРТОПЕД		
8	ПСИХИАТР ДЕТСКИЙ (с 1 года)		
9	ДЕТСКИЙ ГИНЕКОЛОГ		
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ			
1	ЭКГ		
2	ЭХО-КГ		
3	УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ		
4	УЗИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ (до 1 г.)		
5	НЕЙРОСОНОГРАФИЯ (до 1 г.)		
6	ВИЧ		
7	HBsAg; HCV		
8	ОАК		
9	Исследование уровня глюкозы в крови		
10	ОАМ		
11	Кал на яйца глистов		
12	RW		
13	Аудиологический скрининг (до 3 мес.)		
14	Неонатальный скрининг (до 1 мес.)		
15	Исследование на ВЛ из зева		
16	Бак-посев кала на дизентерию		
17	Соскоб на энтеробиоз		

ДИАГНОЗ:

ГРУППА ЗДОРОВЬЯ:

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ:

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ:

РЕКОМЕНДОВАНО:

РЕЖИМ:

СТОЛ: РАЦИОНАЛЬНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ АДАПТИРОВАННЫМИ МОЛОЧНЫМИ СМЕСЯМИ, ПРИКОРМЫ ПО ВОЗРАСТУ (СБАЛАНСИРОВАННОЕ РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ, СТОЛ №1А, СТОЛ № 1В)

(Ф.И.О. руководителя мед.организации)