СОГБОУ «Вяземская школа-интернат №1 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»

Территориальная ПМПК

КАРТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

(данные предварительного обследования)

Название: ТПМПК, Месторасположение:

(адрес) г.Вязьма, ул. Воинов-Интернационалистов,д.7 Телефон 5-26-79

Общие сведения о ребенке

1. Фамилия, имя, отчество

2. Дата рождения , возраст на время обследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет

3. Место проживания

4. В каких заведениях воспитывался, обучался

5. Кем направлен на обследование

6. Цель обследования, жалобы

7. Краткие сведения о семье ребёнка (ФИО, год рождения, место работы, должность)

Мать

Отец

Основные медицинские заключения

1. **Педиатр** (развернутые анамнестические данные из «Истории развития ребенка» и состояние его здоровья)

Беременность (по счету) Протекания беременности

Роды (по счету) Протекание родов\_\_\_\_\_\_\_

вес длина Держит голову Переворачивается\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сидит Ползает \_\_\_\_\_Стоит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ходит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Первые слова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фразовая речь

«Д» учет (диагноз)

Инвалид (Диагноз)

Перенесенные заболевания

на момент обследования: рост\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_вес\_\_\_\_\_\_\_\_\_группа здоровья

Дополнение, примечание

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

2. Офтальмолог (детский)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

3. Отоларинголог (детский)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

4. Невролог (детский) Неврологический статус, диагноз, рекомендации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

5. Психиатр (детский) Психиатрический статус, диагноз, рекомендации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

6. Медико-генетическая консультация (по необходимости)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

7. Другого специалиста \_(по необходимости)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

**Данные логопедического обследования**

(общая характеристика общения: жестами, отдельными словами, фразовой речью; словарный запас, грамматический строй речи, произношение и распознавание звуков, чтение, письмо)

Заключение об общем речевом развитии. Состояние фоненико-фанематического развития. наличие специфических речевых нарушений (алалия, дислалия, заикание, дизартрия, ринолалия, дисграия, дислексия) и рекомендации по коррекции

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

Результаты психологического обследования

(Адекватность поведения, особенности контакта, наличие интереса к контакту со взрослым: характеристика предметно-практических действий. работоспособность, умение концентрировать внимание, анализировать предметы, выделять общие признаки, отдельные части. устанавливать похожесть и отличие, обобщать, умение классифицировать. переносить умения в новые познавательные ситуации: мера самостоятельности. характер необходимой помощи, особенности обучаемости: умение устанавливать причинно-следственные связи, размышлять. делать умозаключения, состояние эмоционально-волевой сферы, поведение, особенности формирования личности)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

**Педагогическая характеристика**

(Характеристика знаний, умений, навыков, интересов, трудностей в обучении, особенности поведения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)