

**Карта медицинского обследования для направления выпускника на ТПМПК**

Учащийся \_\_\_\_\_  
( Ф.И.О.)

Дата рождения « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Адрес постоянного места жительства \_\_\_\_\_

Заключения врачей-специалистов:

Невролог: \_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)

Отоларинголог \_\_\_\_\_

(при нарушенном слухе- аудиограмма)

М.П. \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)

Офтальмолог: \_\_\_\_\_

( с указанием остроты зрения на оба глаза в очках и без очков)

М.П. \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)

Психиатр:

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

(с указанием состояния интеллекта по МКБ-10)

М.П. \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)

Заключения врачей, у которых ребёнок состоит на диспансерном учете (с указанием конкретных лечебно-профилактических мероприятий, которые врач рекомендует, например, сахарный диабет-пользование дозиметром и прием инсулина, гастрит-прием лекарств и организация лечебного питания в перерывах, энурез, астенические и обморочные состояния-необходимость санитарно-гигиенических перерывов и др.)

---

---

---

---

М.П.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

---

---

---

---

М.П.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

---

---

---

М.П.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Дополнительная информация о ребёнке, в том числе сведения о наличии инвалидности:

---

---

---

