***ГБУ ССЗН «Областной социально - реабилитационный центр***

Штамп медицинской организации

***для детей и молодых инвалидов»***  (наименование социальной организации)

Воронкова Елена Ивановна (Фамилия Имя Отчество руководителя)

**Медицинские рекомендации для несовершеннолетних,**

**нуждающихся в реабилитации**

1. ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Родители (законные представители)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Наличие инвалидности да нет
7. Информация о медицинских статусах:

* Находится на диспансерном наблюдении

Да, с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года

Нет

* У какого врача находится на диспансерном наблюдении

Педиатр

Невролог

 Ортопед

Офтальмолог



Психиатр



1. Рекомендации:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Форма реабилитации** | | | | | |
| * Полустационарная (отделение дневного пребывания: 4 часа в день в течение 21 дня) * Стационарная (стационарное отделение: круглосуточное пребывание в течение 21 дня) | | | | | |
| **Физическая активность** | | | | | |
| Вид | Особенности организации | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Консультации врачей-специалистов** | | | | | |
| Медицинская должность | | | Дата (месяц) планируемой консультации | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| **Медикаментозная терапия**   * Имеет право на льготное лекарственное обеспечение | | | | | |
| **Базисная (постоянная)** | | | | | |
| наименование | | дозировка | | кратность | время приема |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
| **Курсовой прием** | | | | | |
| наименование | | дозировка | | кратность | срок приема |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
| **Перевязки, процедуры** | | | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕРПАРАТОВ** | | | | | |
| * **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** * **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **Рекомендации по реабилитации несовершеннолетнего** | | | | | |
| * Профилактика сколиоза * Профилактика детского церебрального паралича * Профилактика нарушений зрения (миопия, дальнозоркость, астигматизм, зрительные расстройства) * Профилактика развития интеллектуальных и речевых нарушений * Профилактика формирования личностного и когнитивного дефектов * Профилактика социальной дезадаптации * Профилактика развития деструктивного поведения * Профилактика нарушений коммуникативной и эмоционально-волевой сферы * Профилактика поведенческих отклонений * Профилактика педагогической запущенности | | | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ФИО врача подпись

Печать врача