

Название Центра:		
Адрес :		
Телефон:		
e-mail:		
<b>Карта оценки состояния ребенка( для детей до 7 лет) № 4</b>		
<b>Консультант</b>	<b>ФЦ</b>	<b>№ Карты</b>
<b>Ф.И.О.</b>	<b>Дата рождения</b>	
ФИО родителей:	семья полная да/нет	
Адрес:		
Контактный телефон родителей :		
электронная почта родителей:		
Род занятий родителей: мамы	папы	
<i>Беременность у матери по счету</i>		
Предыдущие беременности: 1/2/3/ роды/выкидыш/аборт		
<i>Особенности протекания 1 триместра :</i>		
2 триместра:		
3 триместра:		
Роды срочные: преждевременные: (нед), запоздалые: (нед); осложнения _____		
_____		
<i>Оценка по шкале Апгар</i> баллов; вес <i>рост</i> <i>окр. головы</i> <i>окр. грудной клетки</i>		
<i>Диагноз при рождении:</i>		
<i>Вскармливание до 1 г</i> естеств/ искусственное с _____ мес <i>наследственность</i> отягощена / не отягощена		
<i>Перенесенные заболевания</i> _____, _____, <i>травмы</i> _____		
<i>операции :</i> _____		
<i>Простудные заболевания:</i> 1-2-3-5/ чаще в год, протекают с / без подъема температуры, с осложнениями / без осложнений		
<i>Календарь прививок:</i>		
<i>Аллергия:</i> на медикаменты, пищевая, травы и др.		
<i>Травмирующие ситуации</i> (испуг, конфликты в семье или ДДУ):		
<i>Времяпровождение ребенка в день:</i> у телевизора _____, компьютера		
<i>Посещение кружков, секций:</i>		
<i>Наличие животных в доме:</i>		
<i>Прогулки на свежем воздухе, их длительность:</i>		
<b>История настоящего заболевания</b>		
Начало		
Течение		
Лечение		

<b>Оценка состояния ребенка</b> <b>на дату первичного заполнения _____</b>	<b>Динамика состояния</b> (заполняется при последующих обращениях с обязательным приложением сканированных копий предыдущих назначений)			
	Дата	Дата	Дата	Дата
<b>Самые важные жалобы (перечислите)</b>				
1				
2				
3				
4				
<b>Последняя дата приема трав по назначению ф/т (обязательно заполнить!!!)</b>				
<b>Нужное подчеркнуть или указать</b>				
Общее самочувствие: отл / хор / удовл./ плохое / очень плохое				
<b>Качество сна:</b>				
Время отхода ко сну:				
Продолжительность засыпания:				
Спать при засыпании: хочется / не хочется				
Сон: поверхностный / глубокий / средний/ храп				
Сон: со сновидениями / без сновидений				
Сны: каждый день /2-3 раза в неделю / реже				
Сны: сумбурные, отрывочные / повествовательные /хорошие / кошмары				
Засыпает: на правом/ левом боку, спине/ животе				
Спит: на правом/левом боку, спине/животе				
Для спящих на спине: высота подушки                      высокая/ низкая/ без подушки				
Для спящих на спине: расположение лопаток                      на подушке / ниже подушки				
Сколько раз просыпается ночью:				
Через какое время снова засыпает:				
Ночной диурез (сколько раз?) :				
Время утреннего пробуждения: самостоятельно / по будильнику				
Состояние утром: голова ясная /тяжелая / хочет спать /мутная /ватная				
Тело к утру:      отдыхает / усталость / ломота				
Аппетит утром:    есть/ нет				
Продолжительность дневного сна:				
<b>Дополнительные сведения с учетом возраста ребенка:</b>				



Шумы: есть / нет				
склонность к спазмам, похолоданию, онемению конечностей верхних/нижних.				
Варикозное расширение: больше справа, слева.				
<b>ЖКТ:</b>				
Вскармливание до 1 г :				
Естественное (грудное) до				
Искусственное (молочные смеси) _____				
Смешанное с _____ мес				
Прикормы:				
Аппетит : хороший, повышен, понижен, отсутствует, отвращение				
Сухость во рту: есть/нет.				
Сосание: активное, вялое, отсутствие.				
Боли при глотании, поперхивание: да, нет				
Срыгивание: после еды, отсроченно. До 1/3 объема пищи, 1/2 объема пищи, фонтаном. 1 раз в день, 2-3 раза в день, после каждого кормления.				
Отрыжка воздухом/пищей до/после еды				
Изжога до/после еды				
Тошнота до /после еды				
Рвота да/нет				
Боли в животе да/нет:				
Локализация:				
Вздутие живота, ощущение дискомфорта да/нет:				
Метеоризм да/нет:				
Стул: жидкий, оформленный, твердый _____				
для детей до года: по количеству вскармливаний в сутки, чаще, реже				
после года 1/2/3/4/5/ больше в сутки:				
Зуд , жжение, боль, выделение крови в области заднего прохода:				
<b>время приема и меню:</b>				
<b>завтрака:</b>				
<b>обеда:</b>				
<b>полдника:</b>				
<b>ужина:</b>				
<b>Мочеполовая система:</b>				
Количество выпиваемой жидкости в сутки:				
Из него сырой воды:				
Количество мочеиспусканий в сутки: _____ по _____ мл				
Отеки:				
Боли при мочеиспускании:				
Боли в паховой области, пояснице:				

<b>Моча:</b>				
цвет: почти бесцветная, светлая, соломенно-желтая, насыщенно желтая, темная, с примесью крови.				
Прозрачность: полная, неполная				
Соли:				
Бактерии:				
Белок:				
Глюкоза:				
Удельный вес:				
<b>Половая система:</b>				
развитие без особенностей да/нет				
<b>Нервная система:</b>				
Сознание: ясное, угнетение, возбуждение.				
Головная боль ежедневно/ раз в неделю/ раз в месяц/ не бывает:				
Головокружение:				
Нарушение двигательной сферы да/нет:				
гиперкинезы:				
дискоординации:				
парезы, параличи:				
<b>Интеллект:</b>				
память хорошая/ плохая:				
внимание легко концентрирует/ рассеян:				
поведение активный/вялый/агрессивный/:				
логика: развита/ не развита				
гибкость мышления присутствует/ отсутствует:				
<b>Развитие статики и моторики :</b>				
когда стал держать головку_____				
поворачиваться на бок _____ со спины на живот _____,				
когда стал сидеть _____, ползать _____, стоять _____,				
ходить _____, бегать _____				
<b>Психическое развитие:</b> когда стал улыбаться _____,				
гулить _____, узнавать мать _____				
<b>Развитие речи:</b> произносить отдельные слоги _____,				
слова _____, фразы _____				
Дополнительные сведения:				