

## ЭПИКРИЗ для перевода в ОУ

ФИО \_\_\_\_\_ г. рождения.

Ребенок выбыл из ОУ \_\_\_\_\_

класс(группа) \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Аллергоанамнез \_\_спокоен (отягощен). Аллергия \_\_\_\_\_.

**Привит** \_\_\_\_\_.

**Не привит (причина)** \_\_\_\_\_

**Реакции на прививки** \_\_\_\_\_

Дата последней р.Манту \_\_\_\_\_ г. БЦЖ рубчик \_\_\_\_\_ мм.

***RV ПАРОТИТНОКОРЕВАЯ*** \_\_\_\_\_ ***RV КРАСНУХИ*** \_\_\_\_\_

***Полиомиелит*** \_\_\_\_\_ ***АДСМ*** \_\_\_\_\_

Операции \_\_\_\_\_.

Травмы \_\_\_\_\_.

Состоит на «Д» учете у \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_

с диагнозом \_\_\_\_\_.

### **Результат проф.осмотра за текущий год:**

Невролог \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ . ЛОР \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ .

Окулист \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ . Хирург \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ .

Ортопед \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ . Эндокринолог \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ .

Стоматолог \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ .

ОАК \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ , ОАМ \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ .

ЭКГ(результат) \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

УЗИ(результат) \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

### **Диагноз(ы):**

Группа здоровья \_\_\_\_\_ (I, II, III, IV, V).

Физкульт.группа \_\_\_\_\_ (основная, подготовительная, спец.А, спец.Б).

Психомоторное развитие \_\_\_\_\_ (соответствует возрасту, ЗППР, ЗРР, другое).

### **Рекомендации:**

1. Режим по возрасту.
2. Диета по возрасту.
- 3.Профилактические прививки по календарному плану.
4. Общеукрепляющая терапия в периоде адаптации.
5. Витаминотерапия 2 раза в год (весной и осенью).
6. Профилактика простудных заболеваний.
7. ЛФК, массаж по возрасту.
8. Закаливание в течение года.

Врач \_\_\_\_\_

Дата оформления \_\_\_\_\_ Печать медицинского учреждения

**К справке обязательно приложить ф/063у заверенную печатью врача и поликлиники.**