***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