

**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
8. Рекомендации:

**Форма реабилитации**

- Полустанционарная (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

<b>Базисная (постоянная)</b>			
наименование	дозировка	кратность	время приема
<b>Курсовой прием</b>			
наименование	дозировка	кратность	срок приема
<b>Перевязки, процедуры</b>			
<b>НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> </ul>			
<b>Рекомендации по реабилитации несовершеннолетнего</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Профилактика сколиоза</li> <li>• Профилактика детского церебрального паралича</li> <li>• Профилактика нарушений зрения (миопия, дальнозоркость, астигматизм, зрительные расстройства)</li> <li>• Профилактика развития интеллектуальных и речевых нарушений</li> <li>• Профилактика формирования личностного и когнитивного дефектов</li> <li>• Профилактика социальной дезадаптации</li> <li>• Профилактика развития деструктивного поведения</li> <li>• Профилактика нарушений коммуникативной и эмоционально-волевой сферы</li> <li>• Профилактика поведенческих отклонений</li> <li>• Профилактика педагогической запущенности</li> </ul>			

\_\_\_\_\_  
 ФИО врача

\_\_\_\_\_  
 подпись

Печать врача