

Штамп медицинской организации

**«Областной социально - реабилитационный центр  
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
  - какого врача находится на диспансерном наблюдении
    - Педиатр
    - Невролог
    - Ортопед
    - Офтальмолог
    - Психиатр

8. 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 ПРЕПАРАТОВ**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**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