

		Код форми за ЗКУД <input type="text"/>
		Код закладу за ЗКПО <input type="text"/>

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу		ФОРМА N <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>
		Затверджена наказом МОЗ України
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ДИТИНИ

Група крові \_\_\_\_\_  
 Резус - приналежність \_\_\_\_\_

Увага: змінена реактивність

1 Прізвище _____ ім'я _____ по батькові _____		8. Показання до диспансерного нагляду в зв'язку з захворюванням			
2. Дата народження <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Стать: ч. - 1, ж.- 2 <input type="checkbox"/>		Взятий(а) на облік (дата)	Вік дитини	Діагноз	
(число, місяць, рік)					
4. Місце проживання: район _____ місто (село) _____ вул. _____ буд. N _____ корп. _____ кв. _____ тел. _____					
5. Проживає постійно (тимчасово); приїжджий із іншого міста, села (підкреслити)					
6. Взятий(а) на облік в даному лікувальному закладі		9. Відмітка про відвідування дитячих закладів			
Звідки прибув		Дата оформлення в дитячий заклад	Вік дитини	Найменування закладу	Вибув(ла) з дитячого закладу (дата)
<input type="text"/>					
(число, місяць, рік)					
<input type="text"/>					
(число, місяць, рік)					
<input type="text"/>					
(число, місяць, рік)					
<input type="text"/>					
(число, місяць, рік)					









**ДАНІ ПРО НОВОНАРОДЖЕНОГО**

Дата виписки з пологового будинку N _____		Дата отримання повідомлення про новонародженого із пологового будинку N _____	
Число, місяць, рік	День життя	Число, місяць, рік	День життя

**Місце для приклеювання обмінної карти**



Листок обліку профілактичних спостережень																						
Дати профілактичних оглядів дитини лікарями і спостережень медичної сестри																						
Спеціальність лікаря (медичної сестри)	Вік дитини при огляді																					
	Місяці першого року життя												квартали 2-го року				Півріччя 3-го року		Роки життя			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	I	II	III	IV	I	II	4	5	6	7
в поліклініці																						
Дата огляду дитини																						
1. Педіатр вдома																						
2. Травматолог, ортопед																						
3. Невролог (психоневролог)																						
4. Офтальмолог																						
5. Стоматолог																						
6. Інші спеціалісти																						
Дільнична медсестра _____																						
ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ РАХІТУ											ГІМНАСТИКА І МАСАЖ											
Мета призначення	Призначення вітаміну D <sub>2</sub>					Ультрафіолетове опромінення	Назва комплексу	Вік	Дата призначення	Відмітки про виконання												
	Вид препарату	Разова доза і періодичність прийому	Дата призначення	Дата відміни	Всього отримав на курс																	
Профілактична							1 комплекс	1.5 - 3 міс.														
							2 комплекс	3 - 4 міс.														
Лікувальна							3 комплекс	4 - 6 міс.														
							4 комплекс	6 - 9 міс.														
							5 комплекс	9 - 12 міс.														

### ВИСНОВОК ЛІКАРЯ ПРО ХАРАКТЕР ХАРЧУВАННЯ ДИТИНИ

ВИГОДОВУВАННЯ				Термін введення першого прикорму	
З якого віку	Грудне	Змішане	Штучне	Дата введення прикорму	Вік дитини
По який вік					

#### Причини переведення

	На змішане вигодовування	На штучне вигодовування
1.	Хвороба матері	1
2.	Відсутність матері	2
3.	Гіполактія	3
4.	Відсутність лактації	4
5.	Вихід на роботу (навчання)	5
6.	По бажанню матері	6
7.	Особливості і патологічні стани дитини	7
8.	Інші причини	8

#### Антропометричні дані на першому році життя

Вік (місяців)	Маса (вага) в грамах	Приріст маси (ваги)	Окружність	
			грудної клітки	голови
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

**Примітка:** відповідна цифра обводиться кружком, при переводі на змішане годування в колонці зліва, на штучне - в колонці справа.

<b>ЕТАПНІ ЕШКРИЗИ НА 1-ому РОЦІ ЖИТТЯ</b> <b>Короткі анамнестичні дані</b>					
Загальні висновки	в 1 місяць Дата _____	в 3 місяці Дата _____	в 6 місяців Дата _____	в 9 місяців Дата _____	в 12 місяців Дата _____
Характер вигодовування					
Кількість зубів					
Розмір великого тім'ячка					
Рівень фізичного розвитку (оцінка)					
Рівень нервово-психічного розвитку (оцінка)					
Перенесені гострі захворювання					
Наявність хронічних захворювань					
Висновок про стан здоров'я					
<b>Підпис лікаря</b> _____					

ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ І РЕЗУЛЬТАТИ ОГЛЯДІВ ДИТИНИ 2-го РОКУ ЖИТТЯ				
Дата огляду				
Вік дитини				
Маса (вага)				
Зріст				
Окружність грудної клітки				
Окружність голови				
Стан харчування				
Фізичний розвиток				
Нервово-психічний розвиток				
Огляд педіатра				
Огляд стоматолога				
Огляд офтальмолога				
Лабораторні дослідження				
Висновок				
Призначення				
Підпис лікаря				

ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ І РЕЗУЛЬТАТИ ОГЛЯДІВ ДИТИНИ 3-го РОКУ ЖИТТЯ				
Дата огляду				
Вік дитини				
Маса (вага)				
Зріст				
Окружність грудної клітки				
Окружність голови				
Стан харчування				
Фізичний розвиток				
Нервово-психічний розвиток				
Огляд педіатра				
Огляд стоматолога				
Огляд офтальмолога				
Лабораторні дослідження				
Висновок				
Призначення				
Підпис лікаря				

ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ І РЕЗУЛЬТАТИ ОГЛЯДІВ ДИТИНИ з 3-Х ДО 7 РОКІВ (6 років, 11 місяців 29 днів)				
Дата огляду				
Вік дитини				
Маса (вага)				
Зріст				
Окружність грудної клітки				
Фізичний розвиток				
Нервово-психічний розвиток				
Огляди: Педіатра				
Ортопеда (хірурга)				
Офтальмолога				
Невролога				
Логопеда				
Стоматолога				
Лабораторні дослідження				
Висновок				
Призначення				
Підпис лікаря				





						МЕДИЧНІ ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ПРОВЕДЕННЯ ЩЕПЛЕНЬ			
Назва проби	Дата проведення	Вік дитини	Доза	Серія	Результат	Назва щеплення	Перенесення щеплень		
							Дата	Причин	Вказати, на який строк
1	2	3	4	5	6				
Реакція Манту	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
Інші щеплення		Дата проведення	Вік дитини	Доза	Серія	Назва препарату		Реакція	
								місцева	загальна



**Місце для підклеювання результатів аналізів і довідок**