**Индивидуальный план прохождения диспансеризации до года**

Группа риска: {{risks}}

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинские осмотры | Кратность выполнения в месяцы жизни ребенка | | | | | | | | | | | | |
| до 1 месяца | 1  мес. | 2  мес. | 3  мес. | 4 мес. | 5 мес. | 6  мес. | 7 мес. | 8 мес. | 9 мес. | 10 мес. | 11 мес. | 12 мес. |
| педиатр участковый | {{p\_0}} | {{p\_1}} | {{ p\_2 }} | {{p\_3}} | {{p\_4}} | {{p\_5}} | {{p\_6}} | {{p\_7}} | {{p\_8}} | {{p\_9}} | {{p\_10}} | {{p\_11}} | {{p\_12}} |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| медицинская сестра участковая | 1 раз в неделю | не менее 1 раза в месяц | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| невролог |  | 1 |  | {{n}} |  |  | {{n}} |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| хирург (травматолог-ортопед) |  | не менее 1 раза с 1 до 3 месяцев | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| офтальмолог |  |  |  |  | не менее 1 раза с 4 до 12 месяцев | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЛОР | не менее 1 раза за год | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| стоматолог |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинские осмотры | Кратность выполнения в месяцы жизни ребенка | | | | | | | | | | | | |
| до 1 месяца | 1  мес. | 2  мес. | 3  мес. | 4 мес. | 5 мес. | 6  мес. | 7 мес. | 8 мес. | 9 мес. | 10 мес. | 11 мес. | 12 мес. |
| Измерение веса, роста, ОГ, ОГК |  | не менее 1 раза в месяц | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ОАК |  | 1 |  | {{an}}{{gba3}} |  |  | {{gba6}} |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ОАМ |  | 1 |  | {{an}} |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЭКГ |  | {{ecg}} |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | {{ecg}} |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Аудиоскриннинг | не менее 1 раза за 3 месяца | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| {{ad\_1\_name}} | {{ad10}} | {{ad11}} | {{ad12}} | {{ad13}} | {{ad14}} | {{ad15}} | {{ad16}} | {{ad17}} | {{ad18}} | {{ad19}} | {{ad110}} | {{ad111}} | {{ad112}} |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| {{ad\_2\_name}} | {{ad20}} | {{ad21}} | {{ad22}} | {{ad23}} | {{ad24}} | {{ad25}} | {{ad26}} | {{ad27}} | {{ad28}} | {{ad29}} | {{ad210}} | {{ad211}} | {{ad212}} |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

С индивидуальным планом прохождения диспансеризации ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Подпись законного представителя*