

## Детальная информация о заезде пациента

Клиника: Вторая народная больница района Яньху города Юньчэн  
 Дата заезда: 11-09-2017  
 Дата выезда: 30-09-2017

## 1. Данные пациента

1.1 ФИО: Эдильбиев Айнди Олегович  
 1.2 FIO: Edilbiev Ayndi  
 1.3 Серия и номер: IBE № 693993  
 1.4 Дата рождения: 29 декабря, 2012  
 1.5 Место жит.: Россия, КБР, Нальчик, Кооперативный переулок, 5, квартира 1  
 12 Доп. инф.:

## Данные сопровождающих:

17.1 ФИО: Климова Инна Игорьевна  
 17.2 FIO: Klimova Inna  
 17.3 Серия и номер:  
 17.4 Дата рождения: 25 августа, 1983  
 17.5 Родственные отношения к пациенту: Мама  
 17.6 E-Mail: Inna-555-@mail.ru  
 17.7 Контактный телефон: +7 928 715 48 43  
 Основной сопровождающий

## 2. Медицинские показания пациента

2.1 Диагноз пациента из последних выписок  
 Р 96,8, последствия перинатального поражения нервной системы смешанного генеза. Г 80,0 Детский церебральный паралич, смешанная форма (тетрапорез преимущественно в ногах, гипотонически-астатический синдром). Н 50 косоглазие паралитическое, сходящееся, альтернирующее. ОУ-гиперметropия слабая с остигматизмом слабым.

## 2.2.a История болезни

Беременность1. Беременность протекала без особых особенностей, роды в срок на 40-вой недели кесарево сечение (по поводу гипоксии плода выявлено по УЗИ). Вес при рождении 3480, рост 51 см, 7/8 балов по Апгар. Выписан на 7-й день. В 2,5 мес. находился на амбулаторном лечении по поводу бронхита. Голову начал держать в 2,5 мес. Переворачиваться в 5-6 мес. Сидится в год, вставать у опоры в 1год и 7 мес. Стал ходить с поддержкой с марта 2016 года (3 года 3 мес.). В 8 мес. стала отмечать косоглазие. Была на консультации у невролога. С 1 года 5 месяца поставлен диагноз ДЦП спастически астatischeская форма.

## 2.2.b Продолжительность заболевания

## 2.3. Этапы физического развития с момента рождения

Держать голову с 2,5 мес.  
 Переворачиваться с 5-6 мес.  
 Сидеть в 1 год.  
 Вставать с поддержкой с 1 года 7 мес.  
 Ходить с поддержкой за обе руки с марта 2016 года. 3 года 3 мес.  
 Ходить с поддержкой за одну руку с марта 2017 года 4 года 3 мес. (ходит не совсем уверенно, заваливаясь)

## 2.4.a. Находится ли ребенок на психиатрическом или наркологическом диспансерном учете?

Нет

## 2.4.б. Находится ли ребенок на кожно-венерологическом диспансерном учете?

Нет

## 2.5. Имеет ли опасные для здоровья заболевания?

Нет

## 2.5.1. Сердечно – сосудистые заболевания?

**Нет**

2.5.2. Заболевания дыхательной системы?

**Нет**

2.5.3. Инфекционные заболевания?

**Нет**

2.5.4. Другие опасные для здоровья и окружающих заболевания?

**Нет**

2.6. Эпилепсия (Судороги)

**Нет**

2.6.1. Тип судорог

2.6.2. Количество эпилептических приступов

2.6.3. Противосудорожные препараты (Наименование и дозировка)

2.6.4. Ремиссия (Когда был последний приступ)

2.6.5. Заключение электроэнцефалограммы

3. Цель поездки? (Какие Вы хотите получить реальные результаты от реабилитации)

4. Состояние пациента и её (его) навыки

Разговаривает? Словарный запас?

**слова говорят односложные, отдельно.**

Инструкции выполняет?

**Да, но не всегда**

Физические навыки? (Что умеет ребенок делать сам и с помощью)

**Сам держит твердые предметы, ест самостоятельно твердую пищу.**

Опишите особенности питания ребенка?

**Ест все.**

Как жует и глотает?

**хорошо, как обычные люди)**

Пищеварительные проблемы?

Аппетит?

**Хороший**

Стул?

**нормальный, стабильный**

Аллергия на лекарственные препараты?

**Нет**

Иммунитет к простудными заболеваниями?

**хорошой**

Как переносит физические нагрузки?

**нормально, но плачет**

Состояние и качество сна?

**хорошее**

Увеличиваются приступы при физических нагрузках?

**Нет**

Задыхается или закатывается во время болезненных процедур?

**Нет**

5. Какое ранее проводилось лечение по Вашему заболеванию и его результаты?

**Детская неврологическая больница, реабилитационный центр каждые 3 месяца. Выписывают с улучшениями.**

6. Проходили ли когда-либо лечение в Китае?

**Нет**

7. Лечились ли когда-либо методами китайской традиционной медицины за пределами Китая?

**Нет**

8. Проводились ли хирургические операции по Вашему заболеванию?

**Нет**

9. Получали ли травмы от внешних факторов?

**Нет**

10. Особые пожелания по проживанию, лечению, реабилитации

11. Какие необходимы документы от клиники