



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ
ГБУЗ «КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»
ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

690091, г. Владивосток, ул. Кирова, 66

тел: (423) 231-47-12, 332-42-00
факс: 232-42-69
e-mail: Covid@rambler.ru

ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ № 259

Ф.И.О. пациента Теряева Ксения Дата рождения 6.05

Место проживания г. Владивосток

Ребенок находился (лась) на лечении (курсе реабилитации) в отделении _____

с диагнозом: _____

Госпитализирован по направлению _____ раз в _____ году с

DS основной: ФФП, гипертензивная форма

DS сопутствующий: задержка моторного развития

с «5» 03 по «14» 03 2017 г.

Кратность курса в текущем году: _____

посещения на лечении: _____

С _____ специалистами: _____

С _____

Ортопед: _____

Педиатр: _____

Психолог: _____

Логопед: _____

Дефектолог: _____

Проведено лечение: медикаментозно, АТН, массаж, бассейн

УФВ, массаж и иглоукалывание

Проведено дополнительное обследование:

УЗИ в методе центральная эхосистема
рецидивирует дилатация кардиосо-
судового аппарата в виде ретрогра-
дного рефлюкса с умеренным количеством
жидкости в перикардиальном пространстве
размерами

Динамика функционального состояния:

Состояние сердца достоверно улучшено
и равно размерам
+ масса стандартная и ритм нор-
мальный

Рекомендации:

— умеренная нагрузка на тушу периодом
7 нед.

1. массаж 0,125 / 1-2 р / нед

2. ви - ви массаж 0,125 / 1-2 р / нед (90-180) 10 р

Выписывается под наблюдение врача:

Повторный курс:

1/2 - 1 р / нед 1.5 нед
1/4 - 1 р / нед 1 нед

Лечащий врач:

должность

подпись

расшифровка подписи

М.П.

Заведующий отделением
восстановительной медицины
и реабилитации

подпись

расшифровка подписи