

КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА



Пациент: Стрельников Богдан Александрович

Наблюдается задержка речевого развития \ речь лепетная \ говорил отдельные слова. В настоящее время речи нет. Себя не обслуживает.

Сон: нет

Рвота: нет

Желудок: нет

Укусы клещей: нет

Кишечник: нет

Носовые кровотечения: нет

Почки: нет

Энурез во сне: нет

Сердце не нарушено

Инвалидность: +

Дыхательная система: нет

Питание в родстве: нет

Психический статус:

Рост: 47 см. Голова округлой формы; Сознание: ясное; Менингеальные знаки: нет; правша;

Глаза: Зрачки: равные Реакции на свет: живые; Диплопия: Нет; Нистагм: нет; Страбизм: нет; Движения глазных яблок: в полном объеме; Конъюнктива: живая; Носогубные складки: равны; Глазные щели: симметричные; Язык: по средней линии

Мышечный тонус: с рук: S равномерно снижен D равномерно снижен с ног: S равномерно снижен D равномерно снижен

Сила: с рук: S 4.56

D 4.56

с ног: S 4.56

D 4.56

Скелетные рефлексы: с рук: средней живости S=D

с ног: средней живости S=D

Патологические знаки: нет; Подошвенный рефлекс: средней живости S=D; Брюшные рефлексы: средней живости S=D; Координационные тесты: Пальценосовая проба: не выполняет; Интенция: нет; В позе Ромберга: не выполняет по возрасту; Атаксия: Нет; Походка: некачественные стопы; Гиперкинезы: нет; Чувствительность: не нарушена; Вегетативная нервная система: не нарушена Масса(кг): 17.00 Речь: ОНР 1ур

Клинический диагноз:

Основной: (G93.8) Резидуально органическое поражение ц.н.с. перинатального генеза в форме церебрального синдрома умеренного, неврзоподобного синдрома. ОНР 1 ур. Ост-е проявления нат травмы ш. отд. Иск нейродегенеративный процесс.

Рекомендовано:

1. Наблюдение невролога.
2. Магне В6 по 5 мл 2 раза \ у. в \ разводить в воде \ 1 мес. \ европейское произв. \.
3. Гаммалон 250 по 1 таб 2 раза \ у. в \ Принимать 2 мес.
4. Финлепсин 250 по 1/2 таб. на ночь.
5. Занятие с логопедом.
6. МРТ ш. отд.
7. Повт осмотр.

Врач: Белорусова Н. П.

(подпись)

С ходом приема, назначенным лечением, поставленным диагнозом ознакомлен и согласен. Обязуюсь придерживаться назначенного плана лечения и соблюдать рекомендации лечащего врача. Вопросов и претензий к качеству оказанной услуги не имею.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Ваш отзыв - лучшая награда

