

**РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА ДЛЯ ЛИЦА
С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДЦП)**

Учетная форма № 41
Утверждена Приказом МЗ КР от «__» __ 2020г. № __

Дата консультации	___/___/___	Наименование ОЗ: _____	Код ОЗ
-------------------	-------------	------------------------	--------

Основание для ввода в регистр	<input type="checkbox"/> Возраст <3 лет; Первая консультация при подозрении на ЦП			
	<input type="checkbox"/> Возраст <3 лет; Повторное обследование при подтвержденном ЦП			
	<input type="checkbox"/> Возраст ≥3 лет; Первая консультация при подозрении на ЦП			
	<input type="checkbox"/> Возраст ≥3 лет; Повторное обследование при подтвержденном ЦП			
Статус	<input type="checkbox"/> Живой <input type="checkbox"/> Умер	Дата смерти: ___/___/___	Возраст смерти: _____	<input type="checkbox"/> Выбыл по достижении возраста 18 лет

Общая информация о пациенте				Мать ребёнка	
Имя				Имя	
Отчество				Отчество	
Фамилия				Фамилия	
Пол	<input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен	Дата рождения	___/___/___	Девичья фамилия	
ПИН				Дата рождения	___/___/___
Адрес	Область:	Район:		Телефон	
	Город/ село				
Группа крови пациента	<input type="checkbox"/> I (O) <input type="checkbox"/> II (A) <input type="checkbox"/> III (B) <input type="checkbox"/> IV (AB) <input type="checkbox"/> Неизвестно			Группа крови матери	<input type="checkbox"/> I (O) <input type="checkbox"/> II (A) <input type="checkbox"/> III (B) <input type="checkbox"/> IV (AB) <input type="checkbox"/> Неизвестно
Резус фактор пациента	<input type="checkbox"/> Положительный <input type="checkbox"/> Отрицательный <input type="checkbox"/> Неизвестно			Резус фактор матери	<input type="checkbox"/> Положительный <input type="checkbox"/> Отрицательный <input type="checkbox"/> Неизвестно
				Отец ребенка	
Данные о рождении пациента				Имя	
Возраст матери при рождении пациента _____ лет	Паритет родов _____	Интервал между последними родами _____ лет	<input type="checkbox"/> Мертворождения/выкидыши в анамнезе	Отчество	
				Фамилия	
				Дата рождения	
Вес при рождении _____ грамм	<input type="checkbox"/> Неизвестно			Телефон:	
Гестационный возраст _____ недель	<input type="checkbox"/> Неизвестно	Опекун/ ответственное лицо			
Метод родоразрешения	<input type="checkbox"/> Через естественные родовые пути	<input type="checkbox"/> Неправильное предлежание <input type="checkbox"/> Акушерское пособие		Имя	
	<input type="checkbox"/> Кесарево сечение	<input type="checkbox"/> Плановое <input type="checkbox"/> Экстренное		Отчество	
	<input type="checkbox"/> Неизвестно			Фамилия	
Многоплодные роды	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно			Возраст	Телефон:
Количество плодов	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Неизвестно			Отношения	
Какой по счету родился	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Неизвестно			<input type="checkbox"/> Брат или сестра	
Апгар на 5 минуте _____ (от 1 до 10)	<input type="checkbox"/> Неизвестно			<input type="checkbox"/> Дедушка/бабушка <input type="checkbox"/> Тетя/дядя	
Место рождения	<input type="checkbox"/> ОЗ: _____ Код _____	<input type="checkbox"/> Дома/в дороге <input type="checkbox"/> Другое _____ <input type="checkbox"/> Неизвестно		<input type="checkbox"/> Организация <input type="checkbox"/> Другое _____	
Поступил в ОРИТ/ПИТ (новорожденных)		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно		Длительность пребывания в ОРИТ/ПИТ	
Медицинский работник					
Имя		Отчество		Фамилия	
<input type="checkbox"/> Детский невролог	Адрес электронной почты:			Телефон:	

Характеристика нарушений при церебральном параличе									
Тип церебрального паралича			Функциональная градация			Уровень шкалы речи CFCS			
	<3	≥3	GMFCS	<3	≥3	<input type="checkbox"/> Уровень I	<input type="checkbox"/> Уровень IV		
Спастический односторонний	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Уровень I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Уровень II	<input type="checkbox"/> Уровень V		
• гемиплегия справа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Уровень II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Уровень III			
• гемиплегия слева	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Уровень III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Инструментальные методы обследования			
• моноплегия справа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Уровень IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• моноплегия слева	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Уровень V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	УЗИ во время беременности	Нейросоно- графия	МРТ/КТ	ЭЭГ
Двусторонняя спастика	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MACS	<3	≥3				
• диплегия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Уровень I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нормальный <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• триплегия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Уровень II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Аномальный <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• квадриплегия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Уровень III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Неизвестно <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дискинезия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Уровень IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Код ОЗ:			
• в основном атетоз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Уровень V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• преимущественно дистония	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Сопутствующая патология/ состояния						
Атаксия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Нет				<input type="checkbox"/> Врожденные пороки		
Смешанный дискинетически - спастический	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Белково-энергетическая недостаточность				<input type="checkbox"/> Гидроцефалия		
							<input type="checkbox"/> Микроцефалия		
Гипотония	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Анемия				<input type="checkbox"/> Рахит		
<input type="checkbox"/> Аутизм	Другое (МКБ-10): _____						<input type="checkbox"/> Неизвестно		
Когнитивная оценка:	Уровень интеллекта: <input type="checkbox"/> Нормальный					Оценка возраста (лет)			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Умств. отстал. легкой степени <input type="checkbox"/> Умств. отстал. умеренная								
	<input type="checkbox"/> Умств. отстал. тяжелая <input type="checkbox"/> Неизвестно								
Эпилепсия	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно		Противоэпилептическое средство			<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно			
			Наименование лекарств. средства						
Органы зрения	<input type="checkbox"/> Норма	<input type="checkbox"/> Близорукость	<input type="checkbox"/> Атрофия зрительного нерва	Вывих бедра		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да			
	<input type="checkbox"/> Страбизм	<input type="checkbox"/> Неизвестно	<input type="checkbox"/> Другое _____			<input type="checkbox"/> Не обследован			
Нарушение слуха	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Тугоухость		<input type="checkbox"/> Глухота	<input type="checkbox"/> Неизвестно					
Нарушение функции тазовых органов			<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно						
Нарушение питания (EDACS)	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		<input type="checkbox"/> Уровень I	<input type="checkbox"/> Уровень II	<input type="checkbox"/> Уровень III	<input type="checkbox"/> Уровень IV	<input type="checkbox"/> Уровень V		
	<input type="checkbox"/> Неизвестно								
Возможные причины возникновения ЦП									
<input type="checkbox"/> Желтуха новорождённого (этиология неизвестна)			<input type="checkbox"/> Асфиксия при рождении			<input type="checkbox"/> Послеродовая травма головы (падение/авария /другое)			
			<input type="checkbox"/> Родовая травма						
<input type="checkbox"/> Желтуха новорождённого, резус			<input type="checkbox"/> Врожденная инфекция			<input type="checkbox"/> Другая (МКБ-10) _____			
<input type="checkbox"/> Желтуха новорождённого, не резус			<input type="checkbox"/> Порок развития нервной системы			<input type="checkbox"/> Неизвестно			