

pieczęć zakładu

**Informacja lekarska dla Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Siedlcach
wydającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego**

I. Dane osobowe dziecka

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II. Diagnoza medyczna - rozpoznanie choroby wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

a) choroba główna:
.....
.....

b) choroby współwystępujące:
.....
.....

c) poradnie specjalistyczne sprawujące opiekę nad dzieckiem/ uczniem:
.....
.....

d) rodzaj stwierdzonej niepełnosprawności - dziecka:

- niesłyszące
- słabosłyszące (*podać rodzaj i stopień niedosłuchu*)
.....
- niewidzące
- słabowidzące
- niepełnosprawne ruchowo,
w tym z afazją */**
 - rodzaj afazji
.....
 - uzasadnienie diagnozy
.....
 - przeprowadzone dodatkowe badania specjalistyczne potwierdzające afazję
.....
.....

**afazję diagnozujemy po ukończonym przez dziecko 5. roku życia;*

*** nie dotyczy dzieci z diagnozą: autyzmu, zespół Aspergera, niepełnosprawnością intelektualną;*

- niepełnosprawne intelektualnie (*podać stopień upośledzenia*)
.....
- z autyzmem, w tym zespołem Aspergera
- z niepełnosprawnością sprzężoną (*wymienić niepełnosprawności*)
.....
.....

e) Czy rozpoznane u dziecka choroby warunkują korzystanie ze specjalistycznego sprzętu medycznego:

TAK NIE

jeśli tak , to jakiego ?

.....

f) Czy poza stwierdzoną niepełnosprawnością dziecko wykazuje znaczne trudności w funkcjonowaniu emocjonalno - społecznym?

TAK NIE

jeśli tak, czy skutkują one :

zagrożeniem niedostosowaniem społecznym *lub* niedostosowaniem społecznym

g) Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?:

TAK NIE

III. Przebieg choroby i dotychczasowego leczenia (od jakiego czasu dziecko pozostaje pod opieką lekarza specjalisty, hospitalizacja, wyniki obserwacji i badań znaczących dla stanu zdrowia, farmakoterapia)

.....
.....
.....
.....
.....

IV. Przewidywany czas leczenia/występowania niepełnosprawności

- do 1 roku

- do 3 lat

- ponad 3 lata

.....

miejsowość, data

.....

pieczęć i podpis lekarza