



Заявка на лечение

РЕАЦЕНТР

1. Отделение РЕАЦЕНТРА

(адрес отделения, где планируется лечение)

2. Ф.И.О. ребёнка

3. Дата рождения

4. Телефон

5. Место проживания

6. Заключение невролога/психиатра с диагнозом и описанием уровня развития ребёнка на сегодняшний день *(навыки, мышечный тонус, уровень речевого развития).*

7. Кратко опишите жалобы, с которыми вы хотите к нам обратиться.

8. Судорожный анамнез.

(уточните, были ли у ребёнка судороги? Когда? Сколько по длительности?)

9. Заключение ЭЭГ (не более 4 мес. давности).

9. Какое лечение получал ребёнок последнее полгода: Лечение медикаментозное *(укажите название препарата, дозировку, окончание курса)*

Лечение Аппаратное: **БАК, ТКМП, Томатис** *(укажите дату начала и окончания курса)*

11. КТ или МРТ головного мозга *(если у ребёнка были ЧМТ, операции на ГМ, кисты, грыжи ГМ, гематомы, врожденные пороки развития, если потребуется по отдельному запросу зав. отделением).*

12. Копию выписки из стационара (если есть).

Рассмотрение документов три-четыре рабочих дня.