

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

28 липня 2014 року N 527

(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України  
від 12 березня 2026 року N 312)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ                    _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>	
<b>Історія розвитку дитини N _____</b>		Форма первинної облікової документації <b>N 112/о</b>  <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b>  Наказ МОЗ України  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  N  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Група крові _____ Резус-приналежність _____		Випадки алергічних реакцій (на медикаменти, продукти харчування, вакцини тощо), алергічні захворювання (вписати)	
1. Прізвище _____ власне _____ по батькові (за наявності) _____ ім'я _____ 2. Дата народження            _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  (число, місяць, рік)       3. Стать: чоловіча - 1, <input type="checkbox"/> жіноча - 2	7. Взятий(а) на облік у цьому закладі охорони здоров'я   _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  (число, місяць, рік)  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  (число, місяць, рік)  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  (число, місяць, рік)  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  (число, місяць, рік)	Захворювання, з приводу якого взятий(а) на облік  ..... ..... ..... .....	
4. Місце проживання (перебування): область _____, район _____, місто (село) _____, вулиця _____, будинок _____, квартира _____, контактний телефон _____ 5. Серія та номер свідоцтва про народження _____, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) _____	8. Знятий(а) з обліку	Причина, з якої знятий(а) з обліку (при переїзді вказати куди вибув(ла))	

Дата оформлення у заклад освіти	Вік дитини	Найменування закладу освіти	Вибув(ла) з закладу освіти (дата)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (число, місяць, рік)	.....
				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (число, місяць, рік)	.....
				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (число, місяць, рік)	.....
				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (число, місяць, рік)	.....

I. ДАНІ ПРО СІМ'Ю

Батьки і діти	Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)	Рік народження	Контактна інформація	Наявність хронічних, спадкових захворювань, алергічні реакції (за наявності)
Мати (інший законний представник)				
Батько (інший законний представник)				
Діти				

1.1. Хронічні захворювання в інших осіб, які проживають з дитиною \_\_\_\_\_

1.2. Додаткові дані \_\_\_\_\_





Живіт: округлої форми, м'який, здутий \_\_\_\_\_.

Органи травлення: печінка \_\_\_\_\_ см, нижній край \_\_\_\_\_, селезінка: не пальпується, збільшена \_\_\_\_\_.

Сечостатева система: статеві органи: жіночого типу, чоловічого типу, статеві органи хлопчика - обидва яєчка в калитці \_\_\_\_\_, випорожнення \_\_\_\_\_, сечовиділення \_\_\_\_\_.

Кістково-м'язова система: розведення ніг у кульшовому суглобі: повне, обмежене \_\_\_\_\_, вкорочення нижньої кінцівки - (+), (-) \_\_\_\_\_, симптом Ортолані - (+), (-) \_\_\_\_\_, симптом Барлоу - (+), (-) \_\_\_\_\_, асиметрія складок на стегнах - (+), (-) \_\_\_\_\_, неоднакова кількість складок на стегнах \_\_\_\_\_.

Вроджені аномалії розвитку дитини \_\_\_\_\_.

5.3. ХАРАКТЕР ВИГОДОВУВАННЯ. Грудне / змішане / штучне (за формулою): \_\_\_\_\_, прикладання до грудей (ефективне/неефективне) \_\_\_\_\_, стан грудних залоз матері \_\_\_\_\_, на вимогу/за графіком \_\_\_\_\_ разів на добу по \_\_\_\_\_ мл. \_\_\_\_\_.

#### 5.4. ПРОФІЛАКТИКА.

РАХІТУ (за потребою) \_\_\_\_\_  
(вказати призначення - вітамін D (доза, тривалість прийому))

#### 5.5. ОЗНАКИ, ЗАГРОЗЛИВІ ДЛЯ ЖИТТЯ ДИТИНИ, ПРИ ВИНИКНЕННІ ЯКИХ СЛІД НЕГАЙНО ЗВЕРНУТИСЯ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ.

поганий апетит (чи може дитина смоктати);	видих зі стогоном;
рухова активність тільки при стимуляції;	значне утягнення грудної клітки під час видихання;
температура тіла $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ;	судоми;
температура тіла $< 35,5^{\circ}\text{C}$ ;	жовтяниця долонь та ступень у будь-якому віці.
частота дихання $\geq 60$ на хвилину;	

#### 5.6. ОЦІНКА СІМЕЙНОГО СЕРЕДИВИЩА ТА КОНСУЛЬТАЦІЯ ДЛЯ БАТЬКІВ.

- 5.6.1. Індикативне інтерв'ю \_\_\_\_ (так/ні).
- 5.6.2. Консультування з питань післяпологового відновлення \_\_\_\_ (так/ні).
- 5.6.3. Оцінка емоційного стану батьків, виявлення ризику післяпологової депресії \_\_\_\_\_ (виявлено/ні).
- 5.6.4. Консультування з питань сексуального та репродуктивного здоров'я \_\_\_\_ (так/ні).
- 5.6.5. Консультування з питань щодо здорового способу життя \_\_\_\_ (так/ні).
- 5.6.6. Налагодження грудного вигодовування \_\_\_\_ (так/ні).









Найменування проби		Дата проведення	Вік дитини	Доза	Серія	Результат	3. РЕАКЦІЯ МАНТУ, МЕДИЧНІ ПРОТИПОКАЗАННЯ ТА ЗАСТЕРЕЖЕННЯ ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ				
							Щеплення проти		Встановлення медичного протипоказу до проведення щеплення		
1		2	3	4	5	6	1	2	дата	обґрунтування причини	вказати на який термін
Реакція Манту	1						1	2	3	4	5
	2										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
	11										
	12										
	13										
	14										

(прізвище, власне ім'я та підпис медичного працівника, який заповнює цей розділ)

**ІХ. РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДИТИНИ 1-го РОКУ ЖИТТЯ (ПЛАНОВІ ЗАХОДИ)**

Дата огляду					
Вік дитини	1 місяць	1,5 місяці	2 місяці	3 місяці	4 місяці
Маса (вага)					
Довжина тіла					
Окружність голови					
Розмір великого тім'ячка					
Вид вигодовування (грудне, змішане, за формулою (штучне)					
Фізичний розвиток					
Нервово-психічний розвиток					
Огляд лікаря з надання ПМД (висновок)					
Огляд лікарів-спеціалістів (за показаннями) (висновок)					
Візит медичного працівника (виявлені відхилення від показників розвитку)					
Виявлені інші ризики, які можуть вплинути на стан здоров'я чи нормальний фізичний і психічний розвиток дитини					
Виявлені соціальні ризики (складні життєві обставини, насильство в сім'ї)					
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)					
Медичний працівник (прізвище, власне ім'я, підпис)					

**ІХ. РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДИТИНИ 1-го РОКУ ЖИТТЯ (ПЛАНОВІ ЗАХОДИ)**

Дата огляду					
Вік дитини	5 місяців	6 місяців	9 місяців	11 місяців	12 місяців
Маса (вага)					
Довжина тіла					
Окружність голови					

Розмір великого тім'ячка					
Грудне вигодовування (так/ні)					
Стан харчування					
Фізичний розвиток					
Нервово-психічний розвиток					
Огляд лікаря з надання ПМД (висновок)					
Огляд лікарів-спеціалістів (за показаннями) (висновок)					
Візит медичного працівника (виявлені відхилення від показників розвитку)					
Виявлені інші ризики, які можуть вплинути на стан здоров'я чи нормальний фізичний і психічний розвиток дитини					
Виявлені соціальні ризики (складні життєві обставини, насильство в сім'ї)					
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)					
Медичний працівник (прізвище, власне ім'я, підпис)					
<b>ІХ. РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДИТИНИ 1-го РОКУ ЖИТТЯ (ПОЗАПЛАНОВІ)</b>					
Дата огляду					
Вік дитини					
Маса (вага)					
Довжина тіла					
Окружність голови					
Розмір великого тім'ячка					
Грудне вигодовування (так/ні)					
Стан харчування					
Фізичний розвиток					
Нервово-психічний розвиток					

Огляд лікаря з надання ПМД (висновок)						
Огляд лікарів-спеціалістів (за показаннями) (висновок)						
Візит медичного працівника (виявлені відхилення від показників розвитку)						
Виявлені інші ризики, які можуть вплинути на стан здоров'я чи нормальний фізичний і психічний розвиток дитини						
Виявлені соціальні ризики (складні життєві обставини, насильство в сім'ї)						
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)						
Медичний працівник (прізвище, власне ім'я, підпис)						

**X. РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДИТИНИ 2-го - 4-го РОКІВ ЖИТТЯ**

	місяці 2-го року життя		Роки		Додаткові (за необхідності)	
	18	24	3	4		
Вік дитини						
Дата огляду						
Маса (вага)						
Зріст (довжина тіла)						
Індекс маси тіла	*					
Окружність голови						
Грудне вигодовування (так/ні)			*	*		
Стан харчування						
Фізичний розвиток						
Нервово-психічний розвиток						
Огляд лікаря з надання ПМД (висновок)						
Огляд лікарів-спеціалістів (за показаннями) (висновок)						

Візит медичного працівника (виявлені відхилення від показників розвитку)					
Виявлені інші ризики, які можуть вплинути на стан здоров'я чи нормальний фізичний і психічний розвиток дитини					
Виявлені соціальні ризики (складні життєві обставини, насильство в сім'ї)					
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)					
Медичний працівник (прізвище, власне ім'я, підпис)					
<b>XI. ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ОГЛЯДІВ ДИТИНИ ВІД 4-х ДО 7-ми РОКІВ (6 років 11 місяців 29 днів)</b>					
Вік дитини	4 роки	5 років	6 років	7 років	
Дата огляду					
Маса (вага)					
Зріст					
Індекс маси тіла					
Фізичний розвиток, окружність грудної клітки, оцінка постави, оцінка склепіння стопи,					
Гострота зору, слуху (шепітлива мова)					
Нервово-психічний розвиток, оцінка досягнення ключових показників розвитку					
Огляди: лікаря з надання ПМД					
Стоматолога					
Інших лікарів-спеціалістів (за показаннями)					

Лабораторні дослідження: крові (загальний, на визначення рівня глюкози), сечі, інші (за показаннями)					
Допуск до занять із фізкультури (група)					
Висновок, призначення					
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)					
<b>ХІІ. ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ОГЛЯДІВ ДИТИНИ ВІД 8-ми ДО 12-ти РОКІВ (11 років 11 місяців 29 днів)</b>					
Вік дитини	8 років	9 років	10 років	11 років	12 років
Дата огляду					
Маса (вага)					
Зріст					
Індекс маси тіла					
Фізичний розвиток та статеве дозрівання, окружність грудної клітки, оцінка постави, оцінка склепіння стопи					
Гострота зору, слуху (шепітлива мова)					
Нервово-психічний розвиток, оцінка досягнення ключових показників розвитку					
Огляди: лікаря з надання ПМД					
Стоматолога					
Інших лікарів-спеціалістів (за показаннями)					

Лабораторні дослідження: крові (загальний, на визначення рівня глюкози), сечі, інші (за показаннями)					
Допуск до занять із фізкультури (група)					
Висновок, призначення					
Лікар (прізвище, власне ім'я, підпис)					
<b>ХІІІ. ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ОГЛЯДІВ ДИТИНИ ДО 17-ТИ РОКІВ (включно)</b>					
Вік дитини	13 років	14 років	15 років	16 років	17 років
Дата огляду					
Маса (вага)					
Зріст					
Індекс маси тіла					
Фізичний розвиток та статеве дозрівання, окружність грудної клітки, оцінка постави, оцінка склепіння стопи					
Гострота зору					
Нервово-психічний розвиток, оцінка досягнення ключових показників розвитку					
Огляди: лікаря з надання ПМД					
Стоматолога					
Інших лікарів-спеціалістів (за показаннями)					



**В. о. директора Департаменту  
медичних послуг Міністерства  
охорони здоров'я України**

**Валерія СОРУЧАН**