**Чек-лист**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Критерий** | **Исполнение (да/нет)** |
| **Консультация профильного специалиста** | | |
| 1. | Терапевт |  |
| 2. | Педиатр |  |
| **Консультация узких специалистов** | | |
| 3. | Окулист |  |
| 4. | Эндокринолог |  |
| 5. | Гематолог |  |
| 6. | Онколог |  |
| 7. | Невролог |  |
| 8. | Гастроэнтеролог |  |
| 9. | Психолог |  |
| **Лабораторная диагностика** | | |
| 10. | ОАК |  |
| 11. | ОАМ |  |
| 12. | Б/Х |  |
| **Инструментальная диагностика** | | |
| 13. | ЭКГ |  |
| 14. | УЗИ ОБП |  |