Kolejność wypełniania: 1 - nauczyciel, 2 - rodzic/opiekun, 3 - pielęgniarka, 4 - lekarz

pieczęć podmiotu realizującego świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej

Karta profilaktycznego badania lekarskiego dziecka 6-letniego

(Informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

klasa

Nazwisko i imię ucznia ..... płeć*: K / M

data urodzenia (rrrr-mm-dd) ☐☐☐☐-☐☐-☐☐

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

	OJCIEC	MATKA	RODZEŃSTWO DZIECKA	
			Rok urodz.	Stan zdrowia
Imię				
Wykształcenie				
Zawód				
Stan zdrowia				

Warunki mieszkaniowe :** dobre, średnie, złe. Liczba izb ..... osób .....

.....

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe) .....

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie: .....

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje:

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Czy dziecko:

— ma uczulenie (alergię)** : NIE, TAK - na co .....

objawy uczulenia .....

— słyszy**: DOBRZE, ŹLE; widzi**: DOBRZE, ŹLE; ma zeza**: NIE, TAK .....

— używa** : okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne .....

— przyjmuje leki** : NIE, TAK - jakie .....

— jest pod opieką poradni specjalistycznej** : NIE, TAK - jakiej .....

.....

— uczęszcza na zajęcia korekcyjne** : NIE, TAK - jakie .....

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach :**

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jąkanie, zez: stale lub czasem; inne — jakie .....

.....

Zachowanie dziecka :** nie budzi niepokoju, nadruchliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy .....

.....

Inne uwagi i życzenia rodziców .....

.....

....

data czytelny podpis rodzica/opiekuna*

Hsz-12a **DRUKI MEDYCZNE** *absolwent* 10-687 OLSZTYN, ul. Leyka 7, tel. **89 535 10 20.**

nazwisko i imię ucznia .....

3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała ..... cm.....centyl **Masa ciała** ..... kg **BMI** .....kg/m² ..... centyl

Wzrok:: Ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP ..... OL .....

Widzenie barw*: prawidłowe, nieprawidłowe

Inne zaburzenia**: .....

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie bocznego skrzywienia kręgosłupa

Ciśnienie tętnicze krwi*: ..... mm Hg poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla*

Inne uwagi: .....

....

data podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki szkolnej

4. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia** .....

.....

Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera .....

.....

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy** .....

.....

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa** .....

inne odchylenia** .....

.....

Tarczyca*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości** .....

Jama ustna**: .....

Skóra**: .....

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe** .....

.....

.....

PROBLEM ZDROWOTNY — rozpoznanie: .....

.....

.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_K C C_l — zalecenia .....

.....

Może uczestniczyć w zawodach sportowych i sprawdzianach*: TAK, NIE.

ZALECENIA .....

.....

.....

....

pieczęć podmiotu leczniczego podstawowej opieki zdrowotnej data podpis i pieczęć lekarza POZ

* właściwe podkreślić
** wpisać rodzaj odchyleń