

Indywidualna Karta Wywiadu Środowiskowego – Stan Zdrowia Ucznia

Zwracam się z uprzejmą prośbą o uzupełnienie poniższego kwestionariusza. Informacje te niezbędne są do zgłoszenia ucznia/uczennicy w Narodowym Funduszu Zdrowia, jako osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym. Pozostałe dane będą wykorzystane do uzupełnienia/aktualizacji Karty Zdrowia Ucznia. W związku z rozpoczęciem/kontynuacją nauki w roku szkolnym 2016/2017 uczeń zostaje objęty opieką pielęgniarską przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1248) Zał. 4. Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji (z późn. Zn). Dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych, (Dz. U. 2016 r. poz. 922), a także podlegają szczególnej ochronie i przetwarzaniu jako dane medyczne zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069).

Szkoła, klasa:		Nr tel. opiekuna prawnego			
Nazwisko, imię ucznia:			Pesel ucznia: (niezbędne)		Data urodzenia: _____r.
Adres zamieszkania:		Nazwa i adres placówki POZ, której uczeń podlega:			
Czy uczeń jest szczepiony zgodnie z kalendarzem szczepień w placówce POZ, do której należy? Tak Nie					
Przebyte choroby: wybrać Tak / Nie oraz wpisać rok zachorowania ↓					
Ospa →	Tak Nie	Różyczka→	Tak Nie	Płonica→	Tak Nie
Odra →	Tak Nie	Świnka→	Tak Nie	Inne→.....	
Przebyte urazy: wpisać poniżej rodzaj urazu oraz rok zdarzenia ↓					
Przebyte operacje: wybrać Tak/ Nie oraz wpisać rok przeprowadzenia ↓					
Usunięcie wyrostka robaczkowego: Tak Nie					
Inne:(rodzaj, rok)→					
Choroby przewlekłe: poniżej wybrać tak/ nie oraz wpisać rok zdiagnozowania ↓					
Astma→	Tak Nie	Cukrzyca→	Tak Nie	Padaczka→	Tak Nie
Choroby serca→	Tak Nie	Inne→.....			
Alergie: wpisać rodzaj alergii oraz substancję uczulającą (alergen)					
Rodzaj→					
Alergen→					
Zażywane leki : wpisać poniżej nazwę leku, powód zażywania ↓					
Nazwa leku→					
Powód zażywania→					
Czy uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej?: wybrać Tak/Nie, jakiej, z jakiego powodu ↓					
Poradnia specjalistyczna: Tak Nie		Jaka/ Z jakiego powodu?:		Czy uczeń posiada orzeczenie o niepełnosprawności? Tak Nie	
Zakres orzeczenia:					
Czy wyrażają Państwo zgodę na ewentualne podanie leków przypadku wystąpienia dolegliwości u dziecka?: Zaznaczyć właściwe.					
p/bólowych, p/gorączkowych (paracetamol)→	Tak Nie	Rozkurczowych (no-spa)→ (krople miętowe)→	Tak Nie Tak Nie	p/biegunkowych (węgiel leczniczy)→	Tak Nie
Uspokajających (neospazmina)→	Tak Nie	Odkażające (octenisept)→	Tak Nie	<i>Wskazane preparaty są zgodne z Rozp. NFZ dot. profilaktycznej opieki nad uczniami.</i>	
Osoba kontaktowa w przypadku zdarzeń nagłych (np. zachorowanie uniemożliwiające uczestniczenie w lekcjach/ interwencja pogotowia ratunkowego): ↓					
St.pokrewieństwa		Nr telefonu			
Dodatkowe uwagi dotyczące szczególnej opieki medycznej nad dzieckiem podczas jego pobytu w szkole Zaznaczyć właściwe.					
Tak Nie		Jakie?:			
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez pielęgniarkę szkolną badań profilaktycznych, zdrowotnych i higienicznych (w tym badania bilansowe, przesiewowe, profilaktyczna kontrola stanu włosów i skóry)					
Tak			Nie		
Data:		Czytelny podpis opiekuna:			

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania VITA MEDIS

Uwaga!

Jeśli uczeń miał już wykonane Profilaktyczne Badanie Lekarskie Dziecka 6-letniego (Bilans-6latka)w Przychodni POZ uprzejmie proszę o jak najszybsze dostarczenie kserokopii Karty Profilaktycznego Badania Lekarskiego 6-latka do Gabinetu Profilaktyki i Pomocy Przedlekarskiej znajdującego się na terenie placówki.