

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ KOŃCZĄCEGO SZKOŁĘ
PONADGIMNAZJALNĄ**
(informacja tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia.....data urodzenia.....klasa.....

1. INFORMACJE UCZNIĄ

Przebyte choroby i urazy w czasie nauki w szkole

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Czy w ostatnich 6 miesiącach miałeś/aś*:

- częste: bóle głowy, brzucha, pleców, szyi, zawroty głowy, zaparcia, biegunki, brak apetytu, zdenerwowanie, przygnębienie; dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, katar, zmiany na skórze, trudności w zasypianiu, lęki
- uczulenie (alergie) – na co?.....
- inne dolegliwości i niepokojące objawy – jakie

Czy w ostatnich trzech miesiącach używałeś/aś leków*: NIE, TAK – jakich.....
z jakiego powodu.....

Kiedy ostatni raz byłeś/aś badany/a przez lekarza.....
z powodu..... stomatologa.....

Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK – jakiej.....
z jakiego powodu.....

Czy masz trudności w szkole*: NIE, TAK – jakie.....

Czy sądzisz, że twoje zdrowie jest*: BARDZO DOBRE, DOBRE, RACZEJ ZŁE, ZŁE

Czy masz jakieś problemy i trudności, o których chciałbyś (chciałabyś) porozmawiać z:
lekarzem* NIE, TAK; psychologiem* NIE, TAK;

Dotyczy tylko dziewcząt: wiek pierwszej miesiączki..... lat miesięcy
Co ile dni występuje miesiączka..... ile dni trwa.....
Czy masz w czasie jej trwania dolegliwości* NIE, TAK – jakie.....

Czy w bieżącym roku szkolnym uczestniczysz w lekcjach WF*:

SYSTEMATYCZNIE, NIESYSTEMATYCZNIE, JESTEM ZWOLNIONY /A

Czy uczestniczysz systematycznie w zajęciach ruchowych poza szkołą*:

NIE, TAK – jakich

Czy uważasz, że twoja sprawność fizyczna jest*: BARDZO DOBRA, DOBRA, DOŚĆ DOBRA, ZŁA

Czy palisz papierosy : NIE, TAK – ile przeciętnie wypalasz: dziennie..... w tygodniu

Czy po skończeniu obecnej szkoły zamierzasz uczyć się dalej*: NIE, TAK

w jakiej uczelni.....
zawód/ kierunek studiów

data.....

podpis ucznia.....

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ KOŃCZĄCEGO SZKOŁĘ
PONADGIMNAZJALNĄ**
(informacja tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia.....data urodzenia.....klasa.....

1. INFORMACJE UCZNIĄ

Przebyte choroby i urazy w czasie nauki w szkole

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Czy w ostatnich 6 miesiącach miałeś/aś*:

- częste: bóle głowy, brzucha, pleców, szyi, zawroty głowy, zaparcia, biegunki, brak apetytu, zdenerwowanie, przygnębienie; dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, katar, zmiany na skórze, trudności w zasypianiu, lęki
- uczulenie (alergie) – na co?.....
- inne dolegliwości i niepokojące objawy – jakie

Czy w ostatnich trzech miesiącach używałeś/aś leków*: NIE, TAK – jakich.....
z jakiego powodu.....

Kiedy ostatni raz byłeś/aś badany/a przez lekarza.....
z powodu..... stomatologa.....

Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK – jakiej.....
z jakiego powodu.....

Czy masz trudności w szkole*: NIE, TAK – jakie.....

Czy sądzisz, że twoje zdrowie jest*: BARDZO DOBRE, DOBRE, RACZEJ ZŁE, ZŁE

Czy masz jakieś problemy i trudności, o których chciałbyś (chciałabyś) porozmawiać z:
lekarzem* NIE, TAK; psychologiem* NIE, TAK;

Dotyczy tylko dziewcząt: wiek pierwszej miesiączki..... lat miesięcy
Co ile dni występuje miesiączka..... ile dni trwa.....
Czy masz w czasie jej trwania dolegliwości* NIE, TAK – jakie.....

Czy w bieżącym roku szkolnym uczestniczysz w lekcjach WF*:

SYSTEMATYCZNIE, NIESYSTEMATYCZNIE, JESTEM ZWOLNIONY /A

Czy uczestniczysz systematycznie w zajęciach ruchowych poza szkołą*:

NIE, TAK – jakich

Czy uważasz, że twoja sprawność fizyczna jest*: BARDZO DOBRA, DOBRA, DOŚĆ DOBRA, ZŁA

Czy palisz papierosy : NIE, TAK – ile przeciętnie wypalasz: dziennie..... w tygodniu

Czy po skończeniu obecnej szkoły zamierzasz uczyć się dalej*: NIE, TAK

w jakiej uczelni.....
zawód/ kierunek studiów

data.....

podpis ucznia.....

2. INFORMACJE PIELEŃNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała..... cm centyl Masa ciała.....kg centyl

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

Inne zaburzenia **

Ciepłota ciała..... mm Hg..... centyl

Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF^{*}: A A_S B B_K C C_I

Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej

data..... podpis i pieczęć pielęgniarki/ higienistki

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój somatyczny^{*}: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia **

Dojrzewanie płciowe^{**} według skali Tannera

Tarczycza^{*}: prawidłowa, wole^{**}

Rozwój psychospołeczny^{*}: prawidłowy, nieprawidłowy^{**}

Układ ruchu^{*}: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia **

Skóra^{**}

Jama ustna^{**}

Pozostałe układy^{*}: prawidłowe, nieprawidłowe^{**}

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU^{*}: NIE, TAK – jak.....

ZALECENIA

data podpis i pieczęć lekarza

* właściwe podkreślić

** podać jakie

2. INFORMACJE PIELEŃNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała..... cm centyl Masa ciała.....kg centyl

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

Inne zaburzenia **

Ciepłota ciała..... mm Hg..... centyl

Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF^{*}: A A_S B B_K C C_I

Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej

data..... podpis i pieczęć pielęgniarki/ higienistki

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój somatyczny^{*}: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia **

Dojrzewanie płciowe^{**} według skali Tannera

Tarczycza^{*}: prawidłowa, wole^{**}

Rozwój psychospołeczny^{*}: prawidłowy, nieprawidłowy^{**}

Układ ruchu^{*}: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia **

Skóra^{**}

Jama ustna^{**}

Pozostałe układy^{*}: prawidłowe, nieprawidłowe^{**}

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU^{*}: NIE, TAK – jak.....

ZALECENIA

data podpis i pieczęć lekarza

* właściwe podkreślić

** podać jakie

