

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ ODBYWAJĄCEGO ROCZNE OBOWIĄZKOWE PRZYGOTOWANIE PRZEDSZKOLNE / KLASY I SZKOŁY PODSTAWOWEJ**

(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową;
kolejność wypełniania: 1- pielęgniarka, 2-rodzic/opiekun, 3-lekarz)

Nazwisko i imię ucznia: PESEL:
data urodzenia: * płęć: *

1. INFORMACJE PIELEŃNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Rozwój fizyczny:

Wysokość ciała:cm centyl Masa ciała:kg BMI: kg/m² centyl BMI

Zastosowano siatki centylowe: OLA / OLAF opracowanie 2010 r.

Wzrok: ostrość wzroku **: bez okularów, w okularach: OP OL

- Zez **: niewidoczny, widoczny
- Cover test **: ujemny, dodatni
- Odbycie światła na rogówkach **: symetryczne, niesymetryczne
- Inne zaburzenia ***:

Ciężnienie tętnicze krwi: mmHg, centyl

Układ ruchu **: prawidłowy, podejrzenie **: boczne skrzywienie kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko – koślawych

Statyka ciała **: prawidłowa / nieprawidłowa – podejrzenie:

Słuch: test **: szeptem, audiometryczny **: prawidłowy, nieprawidłowy

Wady wymowy ** - nie występują / występują: ***

Inne uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

data

pieczęć podmiotu realizującego świadczenia z zakresu
profilaktycznej opieki zdrowotnej

pieczęć i podpis pielęgniarki / higienistki
szkolnej:

2. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

Problemy w rodzinie (choroby przewlekłe, niepełnosprawności lub inne trudności i mogące mieć wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole):

.....

.....

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje:

Wiek dziecka: rozpoznanie:

Wiek dziecka: rozpoznanie:

Wiek dziecka: rozpoznanie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergie) **: NIE, TAK – na co:
- objawy uczulenia:
- leki:
- słyszy **: DOBRZE, ŹLE; widzi **: DOBRZE, ŹLE; ma zeza **: NIE, TAK
- używa **: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych
- przyjmuje leki **: NIE, TAK – jakie:
- jest pod opieką poradni specjalistycznej **: NIE, TAK – jakiej:
-
- uczęszcza na zajęcia korekcyjne **: NIE, TAK – jakie:

Nazwisko i imię ucznia:

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, jękanie, zez: stale lub czasem; inne – jakie:

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

Inne uwagi i życzenia rodziców:

data:

podpis rodzica / opiekuna:

3. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

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

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

kolana koślawe, stopy płasko – koślawe, inne odchylenia ***

.....

Rozwój psychospołeczny:** prawidłowy, z zastrzeżeniami ***

.....

Wady wymowy:** NIE / TAK – jakiego typu:

Lateralizacja:** prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Jama ustna, w tym uzębienie**

Jądra w mosznie (dotyczy chłopców):** TAK, NIE ***

Pozostałe układy:** prawidłowe, nieprawidłowe ***

.....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

.....

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA:** pełna, niepełna ***

.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH RUCHOWYCH / WF:** grupa: A A_s B B_k C C_L - zalecenia:

.....

ZALECENIA dla rodzica i pielęgniarki / higienistki szkolnej, w tym dotyczące zdrowotnej dojrzałości szkolnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* Wypełnić tylko w przypadku braku numeru PESEL

** Właściwe podkreślić

*** Wpisać rodzaj odchylenia

Po przeprowadzeniu badania proszę o przekazanie wypełnionej karty do pielęgniarki / higienistki szkolnej zgodnie z Ustawą z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (D.U. poz. 1078).

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ ODBYWAJĄCEGO
ROCZNE OBOWIĄZKOWE PRZYGOTOWANIE PRZEDSZKOLNE / KLASY I SZKOŁY PODSTAWOWEJ****

(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową;

kolejność wypełniania: 1- pielęgniarka, 2-rodzic/opiekun, 3-lekarz)

Nazwisko i imię ucznia: PESEL:
data urodzenia: * pleć: *

1. INFORMACJE PIELĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Rozwój fizyczny:

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

Zastosowano siatki centylowe: OLA / OLAF opracowanie 2010 r.

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

- Zez **: niewidoczny, widoczny
- Cover test **: ujemny, dodatni
- Odbycie światła na rogówkach **: symetryczne, niesymetryczne
- Inne zaburzenia ***:

Ciężenie tętnicze krwi: mmHg, centyl

Układ ruchu **: prawidłowy, podejrzenie **: boczne skrzywienie kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko – koślawych

Stawy ciała **: prawidłowa / nieprawidłowa – podejrzenie:

Słuch: test **: szeptem, audiometryczny **: prawidłowy, nieprawidłowy

Wady wymowy ** - nie występują / występują: *)**

Inne uwagi:

_____ data _____ pieczęć podmiotu realizującego świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej _____ pieczęć i podpis pielęgniarki / higienistki szkolnej:

2. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

Problemy w rodzinie (choroby przewlekłe, niepełnosprawności lub inne trudności i mogące mieć wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole):

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje:

Wiek dziecka: rozpoznanie:

Wiek dziecka: rozpoznanie:

Wiek dziecka: rozpoznanie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergie) **: NIE, TAK – na co: objawy uczulenia: leki:
- słyszy **: DOBRZE, ŹLE; widzi **: DOBRZE, ŹLE; ma zeza **: NIE, TAK
- używa **: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych.....
- przyjmuje leki **: NIE, TAK – jakie:
- jest pod opieką poradni specjalistycznej **: NIE, TAK – jakiej:
- uczęszcza na zajęcia korekcyjne **: NIE, TAK – jakie:

Nazwisko i imię ucznia:

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, jękanie, zez: stale lub czasem; inne – jakie:

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

Inne uwagi i życzenia rodziców:

data: podpis rodzica / opiekuna:

3. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

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

Układ ruchu **: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa *
kolana koślawe, stopy płasko – koślawe, inne odchylenia *****

Rozwój psychospołeczny **: prawidłowy, z zastrzeżeniami ***

Wady wymowy **: NIE / TAK – jakiego typu:

Lateralizacja **: prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Jama ustna, w tym uzębienie ***

Jądra w mosznie (dotyczy chłopców) **: TAK, NIE ***

Pozostałe układy **: prawidłowe, nieprawidłowe ***

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA **: pełna, niepełna ***

GRUPA NA ZAJĘCIACH RUCHOWYCH / WF **: grupa: A A_S B B_K C C_L - zalecenia:

ZALECENIA dla rodzica i pielęgniarki / higienistki szkolnej, w tym dotyczące zdrowotnej dojrzałości szkolnej:

_____ data _____ pieczęć podmiotu leczniczego _____ pieczęć i podpis lekarza

Po przeprowadzeniu badania proszę o przekazanie wypełnionej karty do pielęgniarki / higienistki szkolnej zgodnie z Ustawą z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (D.U. poz. 1078).

* Wypełnić tylko w przypadku braku numeru PESEL

** Właściwe podkreślić

*** Wpisać rodzaj odchylenia