

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ  
KLASY VII SZKOŁY PODSTAWOWEJ / KLASY I SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ\*\***

(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 PIELĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ**

**Rozwój fizyczny:**

**Wysokość ciała:** .....cm ..... centyl **Masa ciała:** .....kg **BMI:** ..... kg/m<sup>2</sup> ..... centyl BMI

Zastosowano siatki centylowe: OLA / OLAF opracowanie 2010 r.

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

- Inne zaburzenia\*\*\*:.....

**Ciężnienie tętnicze krwi:** ..... mmHg, ..... centyl

**Układ ruchu\*\*:** prawidłowy, podejrzenie\*\* : boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

**Słuch** (dotyczy ucznia kl. VII SP): test\*\* : szeptem, audiometryczny\*\* : prawidłowy, nieprawidłowy

**Inne uwagi**.....

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

**2. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU**

**Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:**

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

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

**Czy dziecko:**

- ma uczulenie (alergie)\*\* : NIE, TAK – na co ..... objawy uczulenia: .....
- używa\*\* : okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych
- przyjmuje leki\*\* : NIE, TAK – jakie: .....
- jest pod opieką poradni specjalistycznej\*\* : NIE, TAK – jakiej:.....

**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, paniki, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne – jakie: .....

**U dziewcząt:** przebieg miesiączkowania (wiek pierwszej miesiączki, regularność i długość krwawień)

Zaburzenia miesiączkowania\*\* : NIE, TAK

Nazwisko i imię ucznia: .....

Epizody odchudzania się: NIE, TAK

Spadki masy ciała:\*\* NIE, TAK

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

**Inne uwagi i życzenia rodziców:** .....

data: ..... podpis rodzica / opiekuna:.....

**3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO**

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

**Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera:**.....

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

**Układ ruchu\*\*:** prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa: \*\*\*  
inne odchylenia\*\*\*: .....

**Tarczycy\*\*:** prawidłowa, wyczuwalne guzki, wole

**Jama ustna\*\*\*:**.....

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

**PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:** .....

**GRUPA NA ZAJĘCIACH WF\*\*:** A A<sub>s</sub> B B<sub>k</sub> C C<sub>L</sub> - zalecenia: .....

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach\*\* : TAK, NIE

**ZALECENIA** dla ucznia i rodziców oraz pielęgniarki / higienistki szkolnej, w tym dotyczące opieki czynnej w szkole: .....

**EWENTUALNE PRZECIWWSKAZANIA DO DALSZEJ NAUKI / WYBORU ZAWODU** (tylko w klasie VII SP) \*\*

..... 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

\*\* Właściwie podkreślić

\*\*\* Wpisać rodzaj odchylenia

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ  
KLASY VII SZKOŁY PODSTAWOWEJ / KLASY I SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ\*\***

(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 PIELĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ**

**Rozwój fizyczny:**

**Wysokość ciała:** .....cm ..... centyl **Masa ciała:** .....kg **BMI:** ..... kg/m<sup>2</sup> ..... centyl

Zastosowano siatki centylowe: OLA / OLAF opracowanie 2010 r.

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

- Inne zaburzenia\*\*\*:.....

**Ciężnienie tętnicze krwi:** ..... mmHg, ..... centyl

**Układ ruchu\*\*:** prawidłowy, podejrzenie\*\* : boczne skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

**Słuch** (dotyczy ucznia kl. VII SP): test\*\* : szeptem, audiometryczny\*\* : prawidłowy, nieprawidłowy

**Inne uwagi**.....

.....

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

**2. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU**

**Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:**

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

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

**Czy dziecko:**

- ma uczulenie (alergie)\*\* : NIE, TAK – na co ..... objawy uczulenia: .....
- używa\*\* : okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych
- przyjmuje leki\*\* : NIE, TAK – jakie: .....
- jest pod opieką poradni specjalistycznej\*\* : NIE, TAK – jakiej:.....

**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, paniki, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne – jakie: .....

**U dziewcząt:** przebieg miesiączkowania (wiek pierwszej miesiączki, regularność i długość krwawień)

Zaburzenia miesiączkowania\*\* : NIE, TAK

Nazwisko i imię ucznia: .....

Epizody odchudzania się: NIE, TAK

Spadki masy ciała:\*\* NIE, TAK

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

**Inne uwagi i życzenia rodziców:** .....

data: ..... podpis rodzica / opiekuna:.....

**3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO**

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

**Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera:**.....

**Rozwój psychospoleczny\*\*:** prawidłowy, z zastrzeżeniami\*\*\* .....

**Układ ruchu\*\*:** prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa: \*\*\*  
inne odchylenia\*\*\*: .....

**Tarczycy\*\*:** prawidłowa, wyczuwalne guzki, wole

**Jama ustna\*\*\*:**.....

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

**PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:** .....

**GRUPA NA ZAJĘCIACH WF\*\*:** A A<sub>s</sub> B B<sub>k</sub> C C<sub>L</sub> - zalecenia: .....

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach\*\* : TAK, NIE

**ZALECENIA** dla ucznia i rodziców oraz pielęgniarki / higienistki szkolnej, w tym dotyczące opieki czynnej w szkole:

**EWENTUALNE PRZECIWWSKAZANIA DO DALSZEJ NAUKI / WYBORU ZAWODU** (tylko w klasie VII SP) \*\*

..... 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

\*\* Właściwie podkreślić

\*\*\* Wpisać rodzaj odchylenia