

KARTA WYWIADU ZDROWOTNEGO UCZNIĄ

Klauzula informacyjna:

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PROMED-SCHOL” Danuta Szotko działając na podstawie art. 7 pkt 3 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 poz. 1078) informuje, że uczniowie są objęci profilaktyczną opieką zdrowotną w środowisku nauczania i wychowania w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (część I załącznika nr 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych - tj. Dz.U. z 2019 r., poz. 736) obejmujących:

- 1) wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych u ucznia odbywającego roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne lub klasy I oraz III, V, VII klasy szkoły podstawowej, klasy I oraz ostatniej szkoły ponadpodstawowej, a także kierowanie postępowaniem poprzemiesiowym oraz sprawowanie opieki czynnej nad uczniami z problemem zdrowotnym;
- 2) opiekę nad uczniami przewlekle chorymi i z niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarских oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem rodzinnym, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole;
- 3) udzielaniu pomocy przedlekarskiej w nagłych wypadkach, zachorowaniach lub zatruciach u uczniów;
- 4) udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej;
- 5) grupowej profilaktyce fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatem fluorkowym u uczniów klas I – VI szkół podstawowych oraz edukacji w zakresie zdrowia jamy ustnej;
- 6) doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole.

Brak zgody na realizację któregokolwiek z wyżej wymienionych świadczeń **wymaga formy pisemnej.**

Jednocześnie NZOZ informuje, że pozyskane dane dotyczące stanu zdrowia ucznia są objęte tajemnicą medyczną. Ponadto dane osobowe przetwarzane na zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń zdrowotnych. Szczegółowe zasady ich przetwarzania dostępne są na stronie internetowej pod adresem: promed-schol.com.pl oraz na tablicy informacyjnej w gabinecie szkolnym.

Proszę o wypełnienie i przekazanie pielęgniarce / higienistce szkolnej Karty Wywiadu Zdrowotnego Ucznia. Dane uzyskane z wywiadu posłużą do realizacji wyżej wymienionych świadczeń. **W celu zapewnienia jak najlepszej opieki nad dzieckiem podczas pobytu w szkole, proszę o bieżące informowanie pielęgniarki/ higienistki szkolnej o wszelkich zmianach w stanie zdrowia dziecka.**

Data, podpis i pieczęć pielęgniarki / higienistki szkolnej:

Dane osobowe dziecka.

Imię i nazwisko ucznia: data urodzenia:

PESEL: pełny adres zamieszkania:

Nazwa i adres przychodni lekarza rodzinnego, do której zadeklarowany jest uczeń:

Dane dotyczące stanu zdrowia dziecka.

1. Przebyte choroby (rok życia, rodzaj):

2. Przebyte urazy (rok życia, rodzaj):

3. Przebyte zabiegi operacyjne (rok życia, rodzaj):

4. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? Jeśli tak, to proszę o zaznaczenie odpowiednich pozycji z listy i podanie nazwy leków jakie dziecko przyjmuje oraz sposobu ich dawkowania:

padaczka; leki; dawkowanie:

cukrzyca; leki; dawkowanie:

choroby serca; leki; dawkowanie:

alergia, na co:; leki

dawkowanie:

inne, jakie:; leki

dawkowanie:

5. Czy dziecko jest uczulone na leki?

Nie

Tak, proszę wymienić na jakie:

6. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej?

Nie

Tak, jakiej? z jakiego powodu:

7. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?

Nie

Tak, z jakiego powodu, stopień niepełnosprawności:

8. Czy u dziecka występują przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach w-f lub wysiłku fizycznego?

Nie

Tak, proszę podać jakie:

9. **Dotyczy tylko uczniów szkół podstawowych!**

Profilaktyka próchnicy zębów polega na nadzorowanym szczotkowaniu przez dzieci uzębienia preparatem fluorkowym. Zabieg ten przeprowadza się 6-cioкратно co 6 tygodni w ciągu roku szkolnego. W trakcie fluoryzacji dziecko uczy się prawidłowego szczotkowania zębów oraz wyrabia właściwe nawyki higieniczne. Jest to prosta i skuteczna metoda zapobiegania próchnicy.

Czy wyraża Pan(i) zgodę na udział dziecka w grupowej profilaktyce próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi?

Tak

Nie

10. Czy, w przypadku pojawienia się przypadków wszawicy / świerzbu w szkole, wyraża Pan(i) zgodę na kontrolę higieny i czystości dziecka ze szczególnym uwzględnieniem skóry głowy i włosów?

Tak

Nie

11. Proszę o podanie indywidualnych zaleceń w zakresie opieki zdrowotnej nad dzieckiem podczas jego pobytu w szkole:

.....
.....

Dane kontaktowe

1. Rodzice lub opiekunowie prawni lub faktyczni dziecka.

– Imię i nazwisko:

telefon:

– Imię i nazwisko:

telefon:

2. W przypadku, gdy osoby wymienione wyżej nie mogą odebrać dziecka ze szkoły w razie nagłego pogorszenia stanu jego zdrowia podczas pobytu w szkole, proszę o wskazanie osób upoważnionych, które mogą to zrobić:

– Imię i nazwisko:

telefon:

– Imię i nazwisko:

telefon:

Data i czytelny podpis rodziców / opiekunów prawnych lub faktycznych dziecka: