

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ KLASY III 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.....

- Widzenie barw:** prawidłowe / nieprawidłowe

- Inne zaburzenia:**.....

Ciepłota ciała: mmHg, centyl

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

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, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez, skłonność do zezowania, inne – jakie:

Nazwisko i imię ucznia:

Zachowanie dziecka**: nie budzi niepokoju, nadrużliwość, agresywność, nieśmiałość, płacziwość, 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, w tym uzębienie***:

Pozostałe układy** prawidłowe, nieprawidłowe***

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF** A As B Bk C Cl - 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:

..... 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 III 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.....

- Widzenie barw:** prawidłowe / nieprawidłowe

- Inne zaburzenia:**.....

Ciepłota ciała: mmHg, centyl

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

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, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez, skłonność do zezowania, inne – jakie:

Nazwisko i imię ucznia:

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. 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, w tym uzębienie***:

Pozostałe układy** : prawidłowe, nieprawidłowe***

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF** : A A_s B B_k C C_L - 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:

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