

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ
W 19 ROKU ŻYCIA / KOŃCĄCEGO SZKOŁĘ PONADPODSTAWOWĄ**
(informacja tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową;
kolejność wypełniania: 1-pielęgniarka, 2-uczeń, 3-lekarz)

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

1. INFORMACJE PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

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

Ciśnienie tętnicze krwimmHg centyl

Zastosowano siatki centylowe: OLA / OLAF opracowanie 2010 r. – dotyczy uczniów do ukończenia 18 r.ż.

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

Inne uwagi

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

2. 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, tiki;
- uczulenie (alergie) – na co?
- inne dolegliwości i niepokojące objawy – jakie:

Czy w ostatnich 3 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 miesiączkilatmiesiący
Co ile dni występuje miesiączka..... ile dni trwa.....

Imię i nazwisko ucznia:

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.....

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

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

Dojrzewanie piciowe*** według skali Tannera

Tarczyca:** prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości***

U dziewcząt

Przebieg miesiączkowania(wiek pierwszej miesiączki, regularność i długość krwawień)***

Rozwój psychospołeczny:** prawidłowy, nieprawidłowy***

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

Jama ustna**

Pozostałe układy:** prawidłowe, nieprawidłowe***

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU:** NIE, TAK – jakie

ZALECENIA dotyczące stylu życia w tym zdrowia prokreacyjnego

_____ 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
W 19 ROKU ŻYCIA / KOŃCĄCEGO SZKOŁĘ PONADPODSTAWOWĄ**
(informacja tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową;
kolejność wypełniania: 1-pielęgniarka, 2-uczeń, 3-lekarz)

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

1. INFORMACJE PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

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

Ciepłota ciała:mmHg centyl

Zastosowano siatki centylowe: OLA / OLAF opracowanie 2010 r. – dotyczy uczniów do ukończenia 18 r.ż.

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

Inne uwagi

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

2. 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, tiki;
- uczulenie (alergie) – na co?
- inne dolegliwości i niepokojące objawy – jakie:

Czy w ostatnich 3 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 miesiączkilatmiesiący
Co ile dni występuje miesiączka..... ile dni trwa.....

Imię i nazwisko ucznia:

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.....

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

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

Dojrzewanie płciowe** według skali Tannera

Tarczyca:** prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości***

U dziewcząt

Przebieg miesiączkowania(wiek pierwszej miesiączki, regularność i długość krwawień)***

Rozwój psychospołeczny:** prawidłowy, nieprawidłowy***

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

Jama ustna**

Pozostałe układy:** prawidłowe, nieprawidłowe***

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU:** NIE, TAK – jakie

ZAŁECZENIA dotyczące stylu życia w tym zdrowia prokreacyjnego

..... 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