

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

Nazwisko i imię: ..... data urodzenia: .....  
płeć\*: K / M klasa.....

**1. 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, przygnębiecie; dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, katar, zmiany na skórze, trudności w zasypianiu, lęki;
- uczulenie (alergię) – 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 miesiączki .....lat .....miesiący  
Co ile dni występuje miesiączka..... ile dni trwa.....  
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.....

\* Właściwe podkreślić;

Nazwisko i imię ucznia : .....

data: .....

## 2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

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

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

Inne zaburzenia \*\* .....

**Ciężenie tętnicze krwi**.....mmHg ..... centyl

**Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF<sup>+</sup>:**    A    A<sub>S</sub>    B    B<sub>K</sub>    C    C<sub>L</sub>

**Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej** .....

Pieczęć i podpis pielęgniarki / higienistki: .....

.....  
pieczęć podmiotu leczniczego  
podstawowej opieki zdrowotnej

## 3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

**Rozwój fizyczny<sup>+</sup>:** prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia \*\* .....

**Dojrzewanie płciowe<sup>\*\*</sup>** według skali Tannera .....

**Tarczycyca<sup>+</sup>:** prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości \*\* .....

**Wiek menarche:** ..... lat ..... mies. Przebieg miesiączkowania\*\*:

**Rozwój psychospołeczny<sup>+</sup>:** prawidłowy, nieprawidłowy \*\* .....

**Układ ruchu<sup>+</sup>:** prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia \*\* .....

**Skóra<sup>\*\*</sup>** : .....

**Jama ustna<sup>\*\*</sup>** .....

**Pozostałe układy<sup>+</sup>:** prawidłowe, nieprawidłowe \*\* .....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie .....

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU<sup>+</sup>: NIE, TAK – jakie .....

ZALECENIA .....

data .....

podpis i pieczęć lekarza .....

\* właściwe podkreślić  
\*\* podać jakie