

**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: data urodzenia:
płeć¹: K / M klasa.....

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

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

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka:

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergię)¹: NIE, TAK – na co:
objawy uczulenia:
- używa¹: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych
- przyjmuje leki¹: NIE, TAK – jakie:
- jest pod opieką poradni specjalistycznej¹: NIE, TAK – jakiej:.....
.....

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach¹: częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne – jakie:

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka¹: NIE, TAK – podać co:

Inne uwagi i życzenia rodziców:

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

data:

3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

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

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

Widzenie barw:¹ prawidłowe, nieprawidłowe

Inne zaburzenia:²

Układ ruchu¹: prawidłowy, podejrzenie bocznego skrzywienia kręgosłupa

Cięnienie tętnicze krwi:mmHgcentyl

Inne uwagi:

Pieczęć i podpis pielęgniarki / higienistki:

¹ Właściwe podkreślić;

² Wpisać rodzaj odchyień

Nazwisko i imię:

.....
pieczęć podmiotu leczniczego
podstawowej opieki zdrowotnej

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

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

Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera:

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa **

inne odchylenia** :

Tarczycy*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości**

Jama ustna**:

Skóra:**

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:

data:.....

podpis i pieczęć lekarza:.....

* Właściwe podkreślić

** Wpisać rodzaj odchyień.