

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNI KLASY I SZKOŁY PODSTAWOWEJ¹

(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową;

kolejność wypełniania: 1- pielęgniarka, 2-rodzic/opiekun, 3-lekarz)

Nazwisko i imię ucznia:

data urodzenia:

płeć: * K / M

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

	OJCIEC	MATKA	RODZENIŃSTWO DZIECKA	
Imię			Rok urodzenia	Stan zdrowia
Wykształcenie				
Zawód				
Stan zdrowia				

Warunki mieszkaniowe*: dobra, średnie, złe. Liczba izb..... osób

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe)

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergie)*: NIE, TAK – na co
objawy uczulenia
- słyszy*: DOBRZE, ŹLE; widzi*: DOBRZE, ŹLE; ma zez*: NIE, TAK.....
- używa*: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych.....
- przyjmuje leki*: NIE, TAK – jakie:
- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK – jakiej:
-
- uczęszcza na zajęcia korekcyjne*: NIE, TAK – jakie:.....

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: stale lub czasem; inne – jakie:

Zachowanie dziecka*: nie budzi niepokoju, nadrucliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy:

Inne uwagi i życzenia rodziców:.....

data:.....

podpis rodzica / opiekuna:

¹ Badanie przeprowadza się w przypadku braku badania bilansowego ucznia klasy „0”;

* Właściwe podkreślić;

Imię i nazwisko dziecka:

data:.....

2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

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

Wzrok: ostrość wzroku^{*}: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

- Zez^{*}: niewidoczny, widoczny
- Cover test^{*}: ujemny, dodatni
- Odbicie światła na rogówkach^{*}: symetryczne, niesymetryczne
- Inne zaburzenia^{**}:.....

Słuch: test^{*}: szeptem, audiometryczny^{*}: prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu^{*}: prawidłowy, podejrzenie^{*}: boczno skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko – koślawych

Ciśnienie tętnicze krwi: mmHg, centyl

Inne uwagi.....
.....

Pieczęć i podpis pielęgniarki / higienistki:

.....
pieczęć podmiotu leczniczego
podstawowej opieki zdrowotnej

3. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie^{*}: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia.....

Układ ruchu^{*}: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa^{**}
kolana koślawe, stopy płasko – koślawe, inne odchylenia^{**}

Rozwój psychomotoryczny^{*}: prawidłowy, nieprawidłowy^{**}.....

Mowa^{*}: prawidłowa, nieprawidłowa **Lateralizacja^{*}:** prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Jama ustna^{}:**.....

Jądra w mosznie (dotyczy chłopców)^{*}: TAK, NIE^{**}

Pozostałe układy^{*}: prawidłowe, nieprawidłowe^{**}

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA^{*}: pełna, niepełna^{**}.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF^{*}: A A_S B B_K C C_L - zalecenia:.....

ZALECENIA:.....
.....

data:.....

podpis i pieczęć lekarza:.....

* Właściwe podkreślić
** Wpisać rodzaj odchylenia