pieczęć szkoły

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO DZIECKA 7-LETNIEGO*

(Informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

.....

Nazwisko i imię ucznia — data urodzenia

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

	OJCIEC	MATKA	RODZEŃSTWO DZIECKA	
Imię			Rok urodz.	Stan zdrowia
Wykształcenie				
Zawód				
Stan zdrowia				

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

.....

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe) .....

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie: .....

Przebyte przez dziecko choroby, urazy i operacje:

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergię)**: NIE, TAK - na co .....
  objawy uczulenia .....
- słyszy**: DOBRZE, ŹLE; widzi**: DOBRZE, ŹLE; ma zeza**: 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, jąkanie, zez: stale lub czasem; inne - jakie .....

.....

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

.....

Inne uwagi i życzenia rodziców .....

.....

..... data

..... podpis matki lub ojca (opiekuna)

---

* badanie przeprowadza się w przypadku braku profilaktycznego badania lekarskiego (bilansu zdrowia) wykonywanego w wieku 6 lat

** właściwe podkreślić, wpisać rodzaj odchylenia

3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała ..... cm ..... centyl **Masa ciała** ..... kg ..... 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*: bocznego skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko-koślawych

Inne uwagi: .....
.....

..... data

..... podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki

4. 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_k B B_k C C_1 - zalecenia: .....

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

..... data

..... podpis i pieczęć lekarza

* właściwe podkreślić
** wpisać rodzaj odchylenia

Mz/Hsz-19-03 IMPACT Mysłowice, tel./fax: (032) 256-77-22