.....
pieczęć podmiotu realizującego świadczenia
z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA
KLASY VII SZKOŁY PODSTAWOWEJ / KLASY I SZKOŁY PONADGIMANZJALNEJ
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową;
kolejność wypełniania: 1- nauczyciel, 2- pielęgniarka, 3- rodzic/opiekun, 4-lekarz)

Nazwisko i imię: ..... data urodzenia: .....
płeć*: 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)*: NIE, TAK – na co .....
  objawy uczulenia: .....
- używa*: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych
- przyjmuje leki*: NIE, TAK – jakie: .....
- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK – jakiej: .....

.....

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, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jąkanie, inne – jakie: .....
.....
.....

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK – podać co: .....
.....
Inne uwagi i życzenia rodziców: .....
.....

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

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa – jaka .....
Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej[1]
Uzdolnienia: .....
.....
Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia – jakie: .....
.....
Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej
Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej
Trudności szkolne*: nie występują, występują – jakie: .....
.....
Relacje z rówieśnikami*: prawidłowe, nieprawidłowe – jakie: .....
.....
Inne uwagi: .....

data: ..... podpis wychowawcy: .....

* Właściwe podkreślić.
[1] Wypełnić na podstawie informacji od nauczyciela wychowania fizycznego;

Mz/Hsz-15.18k Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

Nazwisko i imię ucznia: ..... data: .....

3. **INFORMACJE PIELĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ**

Wysokość ciała: ..... cm ..... centyl **Masa ciała:** ..... kg **BMI:** ..... kg/m^2 ..... centyl
Wzrok: Ostrość wzroku: bez okularów, w okularach: OP..... OL .....
Inne zaburzenia:** .....

Słuch: test[2] *: szeptem, audiometryczny*: prawidłowy, nieprawidłowy
Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie bocznego skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej
Ciśnienie tętnicze krwi: ..... mmHg ..... centyl
Inne uwagi: .....
.....

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

.....
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: .....
.....
Wiek menarche: ..... lat ..... mies. Przebieg miesiączkowania**: .....
Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy** .....
.....
.....
Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa ** .....
inne odchylenia**: .....
.....
Tarczyca*: 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
OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK – jakie: .....
.....
ZALECENIA: .....
.....

data: ..... podpis i pieczęć lekarza: .....

** Wpisać rodzaj odchyleń.