Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia kończącego szkołę ponadgimnazjalną.
Kolejność wypełniania: 1-uczeń, 2- pielęgniarka, 3-lekarz

pieczęć szkoły

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO
UCZNIA KOŃCZĄCEGO SZKOŁĘ PONADGIMNAZJALNĄ
(informacja tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia..... .....data urodzenia.....klasa.....

1. **INFORMACJE UCZNIA**

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, przygnębienie; 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.....miesięcy
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 szkole /uczelni: ....
zawód/kierunek studiów:.....

data ..... podpis ucznia.....

---

* właściwe podkreślić

Mz/HSz-14.14 Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

2. 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**.....

Ciśnienie tętnicze krwi*.....mmHg poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla*

Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF*: A A_S B B_K C C_I

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

data..... podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki .....

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia** .....
.....
.....
Dojrzewanie płciowe** według skali Tannera.....
.....
Wiek menarche:.....lat.....mies. ..... Przebieg miesiączkowania**.....
Tarczyca*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości** . .....
Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**.....
.....
.....
Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia**.....
.....
Skóra**.....
.....
Jama ustna**.....
.....
Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe** .....
.....
.....
PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie.....
.....
.....
.....
OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK –jakie.....
.....
.....
.....
ZALECENIA .....
.....
.....
.....

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

*właściwe podkreślić
**wpisać rodzaj odchyleń