Oznaczenie świadczeniodawcy

**Karta profilaktycznego badania ucznia klasy „III”**

*Kolejność wypełniania: 1- pielęgniarka , 2- rodzic/opiekun, 3-lekarz*

*(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)*

Nazwisko i imię ucznia............................................................................................................................ Płeć M/K

Data urodzenia ................................................ PESEL…………………………………………..

1.INFORMACJE PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

**Rozwój fizyczny:**

Wysokość ciała............m centyl wysokości...........

Masa ciała...........kg

BMI..............centyl BMI…………

Zastosowano siatki centylowe (nazwa, rok opracowania):..…………………………..………..………………..

**Wzrok**: ostrość wzroku\*: bez okularów, w okularach: OP............... OL...................

Widzenie barw\*: prawidłowe, nieprawidłowe

Inne zaburzenia\*\*......................................................................................................................................................

**Układ ruchu**\*: prawidłowy, podejrzenie: bocznego skrzywienia kręgosłupa,

Inne uwagi\*\*:………………………………………………………….……………………………………………

**Ciśnienie tętnicze krwi**:........................mmHg,

centyl ciśnienia skurczowego\*: poniżej 90 c., pomiędzy 90 a 95 c., powyżej 95 c.

centyl ciśnienia rozkurczowego\*: poniżej 90 c., pomiędzy 90 a 95 c., powyżej 95 c.

Inne uwagi

....................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………...….

Data badania........................ podpis i pieczątka pielęgniarki szkolnej …….........................................

**2. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok życia | Rodzaj |  | Rok życia | Rodzaj |
|  |  |  |  |  |

Problemy w rodzinie:(choroby przewlekłe, niepełnosprawności lub inne trudności mogące mieć wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole)...........................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………….…………..…………..

**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, 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, nauce, w zasypianiu, inne niepokojące objawy\*\*:…………………………………..….

**Inne uwagi i życzenia rodziców:**............................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................

................................................... ..........................................................

data podpis matki lub ojca (opiekuna)

**4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO**

**Wzrastanie\*:** prawidłowe, niskorosłość, nadwaga, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia\*\* ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera:** ................................................................................................................

**Rozwój psychospołeczny\*:** prawidłowy, z zastrzeżeniami\*\*...................................................................................

**Układ ruchu\*:** prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa\*

inne odchylenia\*\* .....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**Tarczyca\*:** prawidłowa, wyczuwalne guzki, wole

**Jama ustna, w tym uzębienie\*\*:**.............................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**Pozostałe układy\*:** prawidłowe, nieprawidłowe\*\* ..................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie: ..............................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF\*: A AS B BK C CL - zalecenia:.................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach\* TAK, NIE

ZALECENIA dla ucznia i rodziców oraz pielęgniarki szkolnej dotyczące opieki czynnej w szkole:............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.................................... ............................ ...................................................

oznaczenie świadczeniodawcy data . podpis i pieczątka lekarza

**Po przeprowadzeniu badania lekarskiego proszę o przekazanie wypełnionej karty do pielęgniarki szkolnej zgodnie z ustawą z 2019 r (Dz. U. 2019 poz. 1078)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Właściwe podkreślić

\*\*Wpisać rodzaj odchylenia