oznaczenie świadczeniodawcy

**Karta profilaktycznego badania   
ucznia VII klasy szkoły podstawowej i I klasy szkoły ponadpodstawowej**

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

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

Nazwisko i imię ucznia............................................................................................................................................

data urodzenia .............................................................. PESEL…………………………………………Płeć…….

**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...................

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

**Słuch**: test\*: szeptem, audiometryczny: prawidłowy, nieprawidłowy

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

**Układ ruchu**\*: prawidłowy, podejrzenie: bocznego skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

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......................... 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, napady duszności, paniki, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jąkanie, inne jakie:   
.................................................................................................................................................................................

**U dziewcząt**: przebieg miesiączkowania (wiek pierwszej miesiączki, regularność i długość krwawień)

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

Zaburzenia miesiączkowania\* NIE, TAK

Epizody odchudzania się: NIE, TAK  
Spadki masy ciała \*.15% NIE, TAK

**Zachowanie dziecka**: nadruchliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, w zasypianiu, w nauce, apatia, lęki, wycofanie, zaburzenia koncentracji uwagi i inne niepokojące objawy\*\*:……………………………………………………………………....…….

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

nie budzi niepokoju\*

**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, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia\*\*  
 ..................................................................................................................................................................................

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

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

**Jama ustna\*\*:**...........................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach\* TAK, NIE

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

Ewentualne przeciwskazania do dalszej nauki/wyboru zawodu (tylko w klasie VII)…………………………….  
……………………………………………………………………………………………………………………….

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

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