Oznaczenie świadczeniodawcy

**Karta badania przesiewowego ucznia klasy „V”**

Skierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ucznia z dodatnim wynikiem testu przesiewowego:

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

PESEL ..................... wiek: …......

INFORMACJE PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

W wyniku przeprowadzonego badania uzyskano następujące wyniki testów:

**Rozwój fizyczny**:

Wysokość ciała:…..… m….…. centyl; Masa ciała ………. kg

BMI ……….. centyl BMI ……....

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

**Układ ruchu:** prawidłowy, podejrzenie zaburzeń, (jakich)……………………………………….  
………………………………………… ……………………………………………....…………

**Ostrość wzroku**: bez okularów, w okularach: OP............... OL...................

**Ciśnienie tętnicze krwi**: ……. mm Hg ……… centyl: poniżej 90c., powyżej 90c.

**Stwierdzono następujące problemy zdrowotne ..**…………………………………………………

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

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

………………………………..

data , podpis i pieczątka pielęgniarki

Zalecenia lekarskie: …………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………

………………………………..

data, podpis i pieczątka lekarza

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

Oznaczenie świadczeniodawcy

**Karta badania przesiewowego ucznia klasy „V”**

Skierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ucznia z dodatnim wynikiem testu przesiewowego

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

PESEL ..................... wiek: …......

INFORMACJE PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

W wyniku przeprowadzonego badania uzyskano następujące wyniki testów:

**Rozwój fizyczny**:

Wysokość ciała:…..… m….…. centyl; Masa ciała ………. kg

BMI ……….. centyl BMI ……....

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

**Układ ruchu:** prawidłowy, podejrzenie zaburzeń, (jakich)……………………………………….  
………………………………………… ……………………………………………....…………

**Ostrość wzroku**: bez okularów, w okularach: OP............... OL...................

**Ciśnienie tętnicze krwi**: ……. mm Hg ……… centyl: poniżej 90c., powyżej 90c.

**Stwierdzono następujące problemy zdrowotne ..**…………………………………………………

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

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

………………………………..

data , podpis i pieczątka pielęgniarki

Zalecenia lekarskie: …………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………

………………………………..

data, podpis i pieczątka lekarza

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