Oznaczenie świadczeniodawcy

**Karta profilaktycznego badania ucznia klasy „0”**

**(Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne)**

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

Zez\*: niewidoczny, widoczny; Cover test\*: ujemny, dodatni

Odbicie światła na rogówkach: symetryczne, niesymetryczne

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

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

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

**Układ ruchu**\*: prawidłowy, podejrzenie: bocznego skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko – koślawych

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.

**Wady wymowy** występują/nie występują: ……………….……………………………………….........

**Inne uwagi** ...............................................................................................................................................

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

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

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

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

2. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

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

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

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje:

Wiek dziecka: ……………..rozpoznanie……………………………………………………….…..……

Wiek dziecka: ……………..rozpoznanie………………………………………………………..….……

Wiek dziecka: ……………..rozpoznanie………………………………………………………..…….…

Czy dziecko: -ma uczulenie (alergię)\*: NIE, TAK – na co .....................................................................

objawy uczulenia .......................................................................................................................................

leki…….....................................................................................................................................................

-słyszy\*: DOBRZE, ŹLE; widzi\*: DOBRZE, ŹLE; ma zeza\*: NIE., TAK;

-używa\*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne .....................................................

-przyjmuje leki\*: NIE, TAK – jakie.........................................................................................................

-jest pod opieką poradni specjalistycznej\*: NIE, TAK – jakiej...........................................................................................................................................................

-uczęszcza na zajęcia korekcyjne,\*: NIE, TAK – jakie.............................................................................................................................................................

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, inne niepokojące objawy\*\*:……………………………....

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

Inne uwagi i życzenia rodziców.................................................................................................................

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

..................................... data ............................ podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

3.WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny\*: prawidłowy, niskorosłość, nadwaga, otyłość, niedobór masy ciała,

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

Układ ruchu\*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa

kolana koślawe, stopy płasko – koślawe,

inne dchylenia\*\*.........................................................................................................................................

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

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

Rozwój mowy\*: prawidłowy, z zastrzeżeniami\*\*……………………………………………………....

Wady wymowy\* NIE, TAK, jakiego typu:………………………………………………………………

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

Skóra……………………………………………………………………………………………………...

Jądra w mosznie (dotyczy chłopców)\*: TAK, NIE\* .

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

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

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie………………………………………...……….…….……

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

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA\*: pełna, niepełna\*\*…………………….………………..

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

KWALIFIKACJA DO ZAJĘĆ RUCHOWYCH/WF\*: grupa A AS B BK C CL - zalecenia......................................................................................................................................................

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

ZALECENIA dla rodzica i pielęgniarki szkolnej, w tym dotyczące zdrowotnej dojrzałości szkolnej ....

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

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

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

Zlecenia załączono: tak, nie \*

data................................ podpis i pieczątka lekarza..................................................

oznaczenie świadczeniodawcy

**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 odchyleń