

Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-rodzic/opiekun, 3-pielęgniarka, 4-lekarz
KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ ODBYWAJĄCEGO
OBOWIAZKOWE PRZYGOTOWANIE PRZEDSZKOLNE/KLASA I SZKOŁY PODSTAWOWEJ
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię (imiona) Data urodzenia Płeć: M/K Kl.

Numer PESEL Adres miejsca zamieszkania

Przedstawiciel ustawowy: Imię i Nazwisko

Adres miejsca zamieszkania tel.

I. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

Imię	OJCIEC	MATKA	RODZENIŃSTWO DZIECKA	
			Rok urodz.	Stan zdrowia
Wykształcenie***				
Zawód***				
Stan zdrowia				

Warunki mieszkaniowe*: dobre, średnie, złe Liczba izb osób

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe)

Przebyte przez dziecko choroby, urazy i operacje:

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergie)*: NIE, TAK – na co
objawy uczulenia
- 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, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne – jakie

Zachowanie dziecka*: nie budzi niepokoju, nadruclliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy

data

podpis matki lub ojca (opiekuna)

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa – jaka

Sprawność ruchowa ogólna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Sprawność manualna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Uczeń przy pisaniu posługuje się ręką*: prawą, lewą

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia - jakie

data

podpis wychowawcy

3. INFORMACJE PIELEŃNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cm centyl Masa ciała kg centyl BMI (kg/m²) centyl

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

Wada refrakcji:

Zez*: niewidoczny, widoczny

Cover test*: ujemny, dodatni

Odbicie światła na rogówkach*: symetryczne, niesymetryczne

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

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie*: boczne skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płaskokoślawych

Ciężenie tętnicze krwi* mmHg poniżej 90 centyla powyżej 90 centyla*

Inne uwagi

Wydano skierowania

data podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

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

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Mowa*: prawidłowa, nieprawidłowa

Lateralizacja*: prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa**

kolana koślawe, stopy płaskokoślawe, inne odchylenia**

Jama ustna*:

Skóra**:

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie

ZDROWOTNA GOTOWOŚĆ SZKOLNA*: PEŁNA, NIEPEŁNA**

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A AS B BK C C1 - zalecenia

ZALECENIA:

pieczęć podmiotu leczniczego
POZ

data

podpis i pieczęć lekarza

*właściwe podkreślić

**wpisać rodzaj odchylenia