.....
pieczątka podmiotu realizującego zawiadczenia
z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA KLASY III SZKOŁY PODSTAWOWEJ

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

Nazwisko i imię: ..... data urodzenia: ……..... klasa.....

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

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

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka: ……..

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie: ……

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergi)*: NIE, TAK – na co ……
  objawy uczulenia: ……
- używa*: okularów, aparatu ortodontycznego, wkadek 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, dugotrwały kaszel, dugotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jąkanie, inne – jakie: ……..

……

……

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK – podać co: ……

……

Inne uwagi i życzenia rodziców: ……

……

data: ..... podpis rodzica / opiekuna:.....

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidowa, nieprawidowa – jaka ……

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej[1]

Uzdolnienia: ……

……

Zachowanie*: nie budzi zastrzeże , budzi zastrzeżenia – jakie: ……

……

Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, przecięten, poniżej przeciętnej

Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Trudności szkolne*: nie występuj , występują – jakie: ……

……

Relacje z rówieśnikami*: prawidowe, nieprawidowe – jakie: ……

……

Inne uwagi: ……

data:..... podpis wychowawcy:.....

---

* Waściwe podkreślić.

[1] Wypenić na podstawie informacji od nauczyciela wychowania fizycznego;

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Nazwisko i imię ucznia: ..... data:……

3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała: .....cm .....centyl **Masa ciaa:** .....kg **BMI:** ..... kg/m ^{2} …..... centyl
Wzrok: Ostrość wzroku: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....
Inne zaburzenia:** ……..……..

Słuch: test[2] *: szeptem, audiometryczny*: prawidowy, nieprawidłowy
Ukad ruchu*: prawidowy, podejrzenie bocznego skrzywienia kręgosłupa
Ciśnienie tętnicze krwi: .....mmHg .....centyl
Inne uwagi: ……
……

Pieczątka i podpis pielęgniarki / higienistki: ……

---

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

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

Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera:……
……

Wiek menarche: …… lat ……mies. Przebieg miesiączkowania**: ……
Rozwój psychospoeczny*: prawidowy, nieprawidowy**……
……
……

Układ ruchu*: prawidowy, boczne skrzywienie kręgosłupa **……
inne odchylenia**: ……
……

Tarczyca*: prawidłowa, wole, inne nieprawidowości**……
Jama ustna:**……
Skóra:** ……
……

Pozostałe ukady*: prawidłowe, nieprawidłowe** ……
……
……

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie: ……
……

GRUPA NA ZAJĘ CIACH WF*: A A_S B B_K C C_L - zalecenia: ……
……

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach*: TAK, NIE
OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK – jakie: ……
……

ZALECENIA: ……
……

data:..... podpis i pieczęć lekarza:.....

** Wpisać rodzaj odchylenia

Medical Partner