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

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ

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

PESEL: .....

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 antyzdrowotnew rodzinie: .....

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, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, dugotrwały kaszel, długotrwały 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*: prawidłowa, nieprawidłowa – jaka ....

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

Uzdolnienia: .....

.....

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia – jakie: .....

.....

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

Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Trudności szkolne*: nie występują, występują – jakie: .....

.....

Relacje z rówieśnikami*: prawidłowe, nieprawidłowe – jakie: ....

.....

Inne uwagi: ....

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

---

* Właściwe podkreślić.

[1] Wypełnić 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 ciała:** .....kg **BMI:** ..... kg/m ^{2} ..... centyl
Wzrok: Ostrość wzroku: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....
Inne zaburzenia:**……

Słuch: test^2 *: szeptem, audiometryczny*: prawidłowy, nieprawidłowy
Ukad ruchu*: prawidłowy, podejrzenie bocznego skrzywieniakręgosłupa
Ciśnienie tętnicze krwi: .....mmHg .....centyl
Inne uwagi: ……..... .....
....

Pieczątka i podpis pielęgniarki / higienistki: ……

---

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

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

Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera:.....
.....

Wiek menarche: …… lat ……mies. Przebieg miesiączkowania**: ……
Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**..... .....
.....
.....

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa **.....
inne odchylenia**: ……
.....

Tarczyca*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości**……
Jama ustna:**.....
Skóra:** ……
.....

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

PROBLEM ZDROWOTNY– rozpoznanie: ....
.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH 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

EAMed® MEDICAL PARTNER