KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA PONADPODSTAWOWEJ

(informacje tylko do ochrony zdrowia, za)

PESEL: .....

Nazwisko i ..... data urodzenia: ..... klasa.....

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

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

Rok	Rodzaj

Rok	Rodzaj

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka: .....

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergi)*: NIE, TAK na co .....
  objawy uczulenia: .....
- okularów, aparatu ortodontycznego, wk adek ortopedycznych
- przyjmuje leki*: NIE, TAK jakie: .....
- jest pod poradni specjalistycznej*: NIE, TAK jakiej:.....

.....

i objawy, które y u dziecka w ostatnich 12 bóle brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady dugotrwa y kaszel, d ugotrwa y katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, inne jakie:

.....

.....

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK co: .....

.....

Inne uwagi i rodziców: .....

.....

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

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawid owa, nieprawid owa jaka .....

fizyczna*: [1]

Uzdolnienia: .....

.....

Zachowanie*: nie budzi , budzi jakie: .....

.....

Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, ne,

Absencja szkolna*:

szkolne*: nie , jakie: .....

.....

Relacje z *: prawid owe, nieprawid owe jakie: ....

.....

Inne uwagi: .....

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

---

* W

[1] Wype 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 ucznia: .....

3. INFORMACJE / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

.....cm .....centyl **Masa cia a:** .....kg **BMI:** ..... kg/m ^{2} centyl

Wzrok: wzroku: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Inne zaburzenia:**

test^2 *: szeptem, audiometryczny*: prawid owy,

Ukad ruchu*: prawid owy, podejrzenie bocznego skrzywienia

krwi: .....mmHg .....centyl

Inne uwagi: .....

.....

i podpis / higienistki:

---

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawid owe, , niedobór masy inne odchylenia**

.....

.....

Dojrzewanie **wg skali Tannera:**.....

.....

Wiek menarche: lat Przebieg

Rozwój psychospo eczny*: prawid owy, nieprawid owy**.....

.....

.....

ruchu*: prawid owy, boczne skrzywienie **.....

inne odchylenia**: .....

.....

Tarczyca*: wole, inne nieprawid

Jama ustna:**.....

Skóra:**

.....

dy*: .....

.....

.....

PROBLEM ZDROWOTNY rozpoznanie: .....

.....

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

.....

w zawodach i sprawdzianach*: TAK, NIE

OGRANICZENIA WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK jakie:

ZALECENIA:

.....

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

** Wpisa rodzaj odchylenia

MEDICAL PARTNER