

# Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy I gimnazjum/ klasy I szkoły ponadgimnazjalnej\*

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

.....  
pieczęć podmiotu realizującego świadczenia  
z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej

Nazwisko i imię ucznia

płeć: K / M

klasa

 data  
urodzenia  
(rrrr-mm-dd)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**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 (alergie)\* : NIE, TAK - na co .....
- objawy uczulenia .....
- używa\* : okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne .....
- 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, długotrwały kaszel, długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne — jakie .....

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

Inne uwagi i życzenia rodziców .....

data

czytelny podpis rodzica/opiekuna\*

**2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY**

Wymowa\*: prawidłowa, nieprawidłowa - jaka .....

Sprawność fizyczna\*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej <sup>1)</sup> .....

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 .....

\* właściwie podkreślić

<sup>1)</sup> wypełnić na podstawie opinii nauczyciela WF

data

czytelny podpis wychowawcy

nazwisko i imię ucznia .....

### 2. INFORMACJE PIELĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała ..... cm ..... centyl Masa ciała ..... kg BMI ..... kg/m<sup>2</sup> ..... centyl  
Wzrost: Ostrość wzroku : bez okularów, w okularach: OP ..... OL ..... centyl  
inne zaburzenia.....  
Ciśnienie tętnicze krwi: ..... mm Hg poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla"  
Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF: A A<sub>s</sub> B B<sub>k</sub> C C<sub>1</sub>  
Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej) : .....

### 3. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

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

Dojrzenie pętlowe" wg skali Tannera .....

Wiek menarche: ..... lat ..... mies. .... Przebieg miesiączkowania" .....

Tarczyca": prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości" .....

Rozwój psychospołeczny": prawidłowy, nieprawidłowy" .....

Układ ruchu": prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia" .....

Jama ustna" .....

Skóra" .....

Pozostałe układy": prawidłowe, nieprawidłowe" .....

PROBLEM ZDROWOTNY — rozpoznanie: .....

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU: NIE, TAK - jakie .....

ZALECENIA .....

pieczęć podmiotu leczniczego  
podstawowej opieki zdrowotnej

Wpisz rodzeń odchylen  
Maszyna podkreślić

data .....

podpis i pieczęć lekarza POZ .....