

pieczęć szkoły

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO DZIECKA 7-LETNIEGO*
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia: data urodzenia:

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

	OJCIEC	MATKA	RODZENSTWO DZIECKA	
Imię			Rok urodzenia	Stan zdrowia
Wykształcenie				
Zawód				
Stan zdrowia				

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

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe)

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergię)**: NIE, TAK – na co
objawy uczulenia
- słyszy**: DOBRZE, ŹLE; widzi**: DOBRZE, ŹLE; ma zezą**: NIE, TAK
- używa**: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych.....
- 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, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez: stale lub czasem; inne – jakie:

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

Inne uwagi i życzenia rodziców.....

data: podpis matki lub ojca (opiekuna):

* Badanie przeprowadza się w przypadku braku profilaktycznego badania lekarskiego (bilansu zdrowia) wykonywanego w wieku 6 lat.

** Właściwe podkreślić, wpisać rodzaj odchylenia.

2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała: cm.....centyl **Masa ciała:**kg.....centyl

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

Zez*: niewidoczny, widoczny

Cover test*: ujemny, dodatni

Odbicie światła na rogówkach*: symetryczne, niesymetryczne

Inne zaburzenia**:

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

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie*: boczego skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko-koślawych

Inne uwagi:

data: podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki:

3. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa**
kolana koślawe, stopy płasko-koślawe, inne odchylenia**

Rozwój psychomotoryczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Mowa*: prawidłowa, nieprawidłowa

Lateralizacja*: prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Jama ustna:**

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

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA*: pełna, niepełna**

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_k C C₁ - zalecenia:

ZALECENIA:

data: podpis i pieczęć lekarza:

* Właściwe podkreślić.

** Wpisać rodzaj odchylenia.

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ 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 (alergie)*: 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, 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: podpis matki lub ojca (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 opinii nauczyciela WF.

3. INFORMACJE PIELEŃNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała: cmcentyl **Masa ciała:** kgcentyl

Wzrok: Ostrość wzroku: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....
Widzenie barw*: prawidłowe, nieprawidłowe
Inne zaburzenia**:

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie boczego skrzywienia kręgosłupa

Ciężenie tętnicze krwi:mmHgcentyl

Inne uwagi:

data: podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki:

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**
.....

Dojrzewanie płciowe wg skali Tarnera:

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

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

Tarczycy*: prawidłowa, wole

Jama ustna:**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_k C C₁ - zalecenia:

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach*: TAK, NIE

ZALECENIA:

data: podpis i pieczęć lekarza:

* Właściwe podkreślić.
** Wpisać rodzaj odchyień.

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ KLASY I GIMNAZJUM/
KLASY I SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ***

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

Nazwisko i imię ucznia: 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:

Zachowanie zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergie) *: 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, długotrwały kaszel, częsty 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: podpis matki lub ojca (opiekuna):

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa – jaka:

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej¹⁾

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 opinii nauczyciela WF.

3. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała: cmcentyl **Masa ciała:** kgcentyl

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

Inne zaburzenia**:

Sluch²: test: szeptem, audiometryczny: wynik prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie*: boczne skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

Ciśnienie tętnicze krwi: mmHgcentyl

Inne uwagi:

data: podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki:

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

Dojrzewanie płciowe według skali Tannera:

Tarczycza*: prawidłowa, wole**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa**

nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia**

Skóra:**

Jama ustna:**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_k C C₁ - zalecenia:

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach*: TAK, NIE

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

ZALECENIA:

data: podpis i pieczęć lekarza:

² Dotyczy ucznia I klasy gimnazjum.

* Właściwe podkreślić.

** Wpisać rodzaj odchylenia.

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO
UCZNIĄ OSTATNIEJ KLASY SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ (18 LAT)
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)**

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

1. INFORMACJE UCZNIĄ

Przebyte choroby i urazy w czasie nauki w szkole

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Czy w ostatnich 6 miesiącach miałeś/aś*:

częste: bóle głowy, brzucha, pleców, szyi, zawroty głowy, zaparcia, biegunki, brak apetytu, zdenerwowanie, przygnębienie; dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, katar, zmiany na skórze, trudności w zasypianiu, lęki?

Uczulenie (alergie) – na co?

Inne dolegliwości i niepokojące objawy – jakie:

Czy w ostatnich 3 miesiącach używałeś/aś leków*: NIE, TAK – jakich:

z jakiego powodu:

Kiedy ostatni raz byłeś/aś badany/a przez lekarza:

z powodu stomatologa

Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK – jakiej.....

..... z jakiego powodu.....

Czy masz trudności w szkole*: NIE, TAK – jakie.....

Czy sądzisz, że Twoje zdrowie jest: BARDZO DOBRE, DOBRE, RACZEJ ZŁE, ZŁE

Czy masz jakieś problemy i trudności, o których chciałbyś /chciałybyś/ porozmawiać z:
lekarzem* NIE, TAK;- psychologiem* NIE, TAK

Dotyczy tylko dziewcząt: wiek pierwszej miesiączki.....lat.....miesiący

Co ile dni występuje miesiączka:ile dni trwa:

Czy masz w czasie jej trwania dolegliwości*:

Czy w bieżącym roku szkolnym uczestniczysz w lekcjach WF*:

SYSTEMATYCZNIE, NIESYSTEMATYCZNIE, JESTEM ZWOLNIONY/A

Czy uczestniczysz systematycznie w zajęciach ruchowych poza szkołą*:

NIE, TAK – jakich:

Czy uważasz, że twoja sprawność fizyczna jest*: BARDZO DOBRA, DOBRA, DOŚĆ DOBRA, ZŁA

Czy palisz papierosy* : NIE, TAK – ile przeciętnie wypalasz:

dziennie.....w tygodniu.....

Czy po skończeniu obecnej szkoły zamierzasz uczyć się dalej*: NIE, TAK

w jakiej szkole /uczelni:

zawód/kierunek studiów:

data:

podpis ucznia:

* Właściwie podkreślić.

