A. Wzór karty zdrowia ucznia.

KARTA ZDROWIA UCZNIA	*(pieczęć gabinetu profilaktycznego lub szkoły)*	*(data urodzenia)*	*(PESEL)*
		Nazwisko i i imię	Adres, telefon

PRZEBYTE CHOROBY

Rok życia	Rodzaj

PROBLEM ZDROWOTNY, SZKOLNY, SPOŁECZNY

Data	Rodzaj

KWALIFIKACJA DO WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Data	Grupa	Zalecenia

TESTY PRZESIEWOWE

Data									
Wiek									
Wysokość ciała	Cm								
	Centyl								
Masa ciała	Kg								
	Centyl								
Ostrość wzroku	Data								
	OP								
	OL								
data									
Test do wykrywania	Skoliozy								
	Kifozy piersiowej								
	Koślawości kolan								
	Stóp płasko-koślawych								
Zez	Data		Widzenie barw: Data		Słuch: Data		Ciśnienie tętnicze krwi: Data		I miesiączka w wieku
	Widoczny								
	Cover test						Wynik		Inne
	Odbicie światła na rogówkach						centyl		

OBSERWACJE PIELĘGNIARKI I WYDANE ZALECENIA

Data	Klasa	Obserwacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis

Wkleić: karty badania rozwoju i zdrowia ucznia, wyniki badań specjalistycznych, inne dokumenty

WYWIADY ŚRODOWISKOWE

Data	Wnioski

INNE UWAGI

Data	Do kogo

WKŁADKA DO KARTY ZDROWIA UCZNIA

Nazwisko i imię ucznia:

Data	Klasa/wiek	Obserwacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis

WKŁADKA DO KARTY ZDROWIA UCZNIA

Nazwisko i imię ucznia:

Data	Klasa/wiek	Obserwacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis

INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

....
imię i nazwisko ucznia klasa

W dniu ..... planowane jest:

1. Szczepienie przeciw chorobie Heine-Medina (poliomyelitis), błonicy i tężcowi, różyczce*/inne
   .....
2. Próba tuberkulinowa, a w przypadku jej ujemnego wyniku – szczepienie przeciwko gruźlicy

UWAGA: Szczepienie będzie wykonane tylko po wypełnieniu tej informacji oraz dostarczeniu książeczki szczepień.

Część A. – Wypełniają rodzice ucznia

1. Czy dziecko w ciągu ostatniego miesiąca chorowało?
   NIE – TAK*, jeśli tak proszę podać:
   - na jaką chorobę: .....
   - jakie otrzymało leki (w tym antybiotyki): .....
     .....
2. Czy dziecko otrzymuje lub otrzymywało w ciągu ostatnich 6 tygodni:
   a) inną szczepionkę, w tym odczulającą (przeciwalergiczną)
      NIE – TAK*, jeśli tak, proszę podać jaką: .....
   b) gammaglobulinę NIE – TAK *

cd. na odwrocie

* Właściwe podkreślić.

Czy u dziecka po poprzednich szczepieniach wystąpiła wysypka lub inne dolegliwości NIE – TAK*, jeśli tak, proszę podać:
- kiedy: .....
- po jakiej szczepionce: .....
- jakie dolegliwości: .....
  .....

3. Ewentualne uwagi rodziców (opiekunów): .....
   .....
   .....

Wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka.

....
data podpis matki lub ojca (opiekuna)

Część B. Kwalifikacja lekarska (wypełnia lekarz po zbadaniu i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną ucznia)

Stwierdzam, że: 1. Ucznia można szczepić.
2. Szczepienie jest przeciwwskazane z powodu .....

.....

....
data podpis i pieczęć lekarza

* Właściwe podkreślić.

C. Wzór listy klasowej.

LISTA KLASOWA

Rok szkolny.....

Klasa.....

Lp.	Nazwisko i imię ucznia	Rok urodzenia	Testy przesiewowe				Wydane skierowania	Profilaktyczne badanie lekarskie	Problem			Grupa WF	Profilaktyka próchnicy zębów						Szczepienia ochronne					Inne
			Rodzaj						zdrowotny	szkolny	społeczny		data						rodzaj szczepionki					

.....

(imię i nazwisko wychowawcy klasy)

.....

(imię i nazwisko pielęgniarki lub higienistki szkolnej)