KSIĄŻECZKA ZDROWIA DZIECKA

Ministerstwo Zdrowia

1. Książeczkę zdrowia dziecka należy przechowywać w sposób uniemożliwiający osobom nieuprawnionym dostęp do zawartych w niej informacji.
2. Książeczkę zdrowia dziecka należy okazywać przy każdej wizycie patronażowej, badaniu profilaktycznym, w tym również badaniu stomatologicznym, wizycie w poradni specjalistycznej oraz w szpitalu, w celu dokonania wpisu przez lekarza, położną lub pielęgniarkę, a także w innych przypadkach, gdy zawarte w niej informacje są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.
3. Obowiązkiem rodziców jest zgłaszanie się z dzieckiem na szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, z późn. zm.).
4. Wykonane szczepienia należy odnotować w książeczce szczepień wydanej na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, dołączonej do książeczki zdrowia dziecka.

Spis treści

Dane osobowe dziecka 5
Dane rodziców/opiekunów dziecka 5
Okres prenatalny (ciąża) 6
Poród 8
Stan noworodka po urodzeniu 9
Obserwacja noworodka w szpitalu 10
Dodatkowa informacja o pobycie w szpitalu 11
Dane noworodka w dniu wypisu ze szpitala albo przekazania opieki nad dzieckiem urodzonym w warunkach pozaszpitalnych pod opiekę położnej podstawowej opieki zdrowotnej 12
Wizyty patronażowe 15
Wizyty profilaktyczne 0–4. rok życia 21
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej dziecka do ukończenia 4. roku życia 37
Wizyty profilaktyczne 5–19. rok życia 38
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej 50
Przebyte choroby zakaźne 52
Konsultacje specjalistyczne 53
Uczulenia i reakcje anafilaktyczne 55
Hospitalizacje 56
Zaopatrzenie w wyroby medyczne 58
Zwolnienia z zajęć sportowych 59
Uwagi 61
Procedury radiologiczne 62
Siatki centylowe 64

TERMINY KOLEJNYCH WIZYT PROFILAKTYCZNYCH

Przybliżony termin	Rodzaj wizyty (szczepienie, bilans)	Podpis osoby dokonującej wpisu

I. DANE OSOBOWE DZIECKA

1. Nazwisko…….....
2. Imię/imiona……...
3. Data urodzenia (rrrr-mm-dd-gg-mm)……..…….....
4. Miejsce urodzenia……...….....
5. Płeć męska ☐ żeńska ☐
6. Numer PESEL

7. Grupa krwi i czynnik Rh[1)]……
   Wpisane na podstawie badania nr……

Data…… Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

…….

II. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW DZIECKA

1. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego……..
2. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego…….
3. Numery telefonów kontaktowych rodziców/opiekunów prawnych……
   …….
   ……..
   ……..
   ……..
   …….

[1)] Jeżeli oznaczono po urodzeniu.

III. OKRES PRENATALNY (CIĄŻA)

1. Wiek matki……
2. Grupa krwi …… czynnik Rh……. matki
3. Podano immunoglobulinę anty-RhD: tak ☐ nie ☐

   profilaktyka śródciążowa: tak ☐ nie ☐

   profilaktyka poporodowa: tak ☐ nie ☐
4. Ciąża (która z kolei) ……. pojedyncza ☐ wielopłodowa ☐
5. Narażenie na czynniki szkodliwe w czasie ciąży ……
   ……...
   ……...
   ……...
   (rodzaj czynnika, czas trwania i wiek ciąży)
6. Szczepienia wykonane w czasie ciąży……..
   ……..
   (rodzaj szczepienia; wiek ciąży)
7. Leki przyjmowane w czasie ciąży (dawki, okres przyjmowania; wiek ciąży)……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
8. Przebieg ciąży:

   nieprawidłowości pępowiny ☐

   nieprawidłowości łożyska ☐

   wielowodzie ☐

   małowodzie ☐

   hipotrofia płodu:

   - wczesna ☐
   - późna ☐
   - symetryczna ☐
   - asymetryczna ☐

   wady w budowie ciała płodu ☐

   nieprawidłowe położenie płodu ☐

osłabione ruchy płodu ☐

zaburzenia czynności serca płodu ☐

niedokrwistość ☐

niedoczynność tarczycy ☐

nadczynność tarczycy ☐

cukrzyca ciężarnych ☐

cukrzyca typu I ☐

cukrzyca typu II ☐

cholestaza ☐

zespół HELLP ☐

choroby serca ☐

nadciśnienie tętnicze przewlekłe ☐

nadciśnienie tętnicze ciążowe ☐

stan przedrzucawkowy ☐

rzucawka ☐

drgawki ☐

omdlenia ☐

konflikt serologiczny ☐

leczenie wewnątrzmaciczne płodu ☐

białkomocz ☐

inne……...
.....

Data……

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

……

IV. PORÓD

1. Miejsce urodzenia: szpital ☐ dom ☐ inne ☐
2. Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą…….....
   ……...
   ……...
3. Ukończony tydzień ciąży ……
4. Poród: spontaniczny ☐ indukowany ☐

   pojedynczy ☐ mnogi ☐ dziecko, które z kolei……..

   siłami natury ☐

   zabiegowy: kleszcze ☐ vacuum ☐ pomoc ręczna ☐

   operacyjny (cięcie cesarskie): nagłe ☐ elektywne ☐
5. Wskazania do porodu zabiegowego albo operacyjnego:

   nieprawidłowe położenie/ułożenie płodu ☐ nieprawidłowa czynność skurczowa macicy ☐ stan septyczny ☐ krwawienie w I okresie ☐

   inne……...……
   …….....
6. Objawy zagrożenia płodu……
   …….
7. Czas trwania I okresu…….. czas trwania II okresu……
8. Płyn owodniowy: przejrzysty ☐ mętny ☐ zielony ☐ żółty ☐ krwisty ☐ cuchnący ☐ brak ☐

   odpłynął: w czasie porodu ☐ …….. godzin przed porodem
9. Sposób łagodzenia bólu porodowego……..
   ……. ……...
10. Leki stosowane w czasie porodu……..
    …….…
    …….
11. Pobrano krew pępowinową: tak ☐ nie ☐
12. Uwagi……...…
    …….…
    …….

Data…… Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

……..

V. STAN NOWORODKA PO URODZENIU

1. Urodzeniowa masa ciała …….g (zaznaczyć na siatce centylowej)
2. Długość ciała ……..cm
3. Obwód głowy …….cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Obwód klatki piersiowej ……cm
5. Ocena wg skali Apgar:

Minuta życia:	**1.**	**3.**	**5.**	**10.**	**(odchylenia w badaniu):**
Czynność serca					
Oddech					
Napięcie mięśni					
Odruchy					
Zabarwienie skóry					
RAZEM pkt					

6. Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu:

odśluzowanie ☐

osuszenie ☐

zaopatrzenie pępowiny ☐

profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka ☐

podanie witaminy K ☐

podanie tlenu ☐ od…… do …… min

sztuczna wentylacja ☐ od…… do …... min

intubacja ☐ w ……. min

masaż serca ☐ od…… do …… min

cewnikowanie naczyń pępowinowych ☐

7. Krew pępowinowa (tętnica, żyła): pH ……..BE ……inne…….
8. Saturacja…....….. %
9. Echo serca (gdy saturacja poniżej 96%) ……...
10. Leki……..
……....
11. Kontakt noworodka z matką „skóra do skóry”: tak ☐ nie ☐
Czas trwania……, jeżeli krócej niż 2 godziny powód przerwania:……
…….
12. Czy dziecko zaczęło ssać pierś: tak ☐ nie ☐

Data…… Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

……..

VI. OBSERWACJA NOWORODKA W SZPITALU

1. Najniższa masa ciała ……..g w ……dobie
2. Karmienie: naturalne ☐ sztuczne ☐ mieszane ☐ preparat ……
3. Koordynacja procesu ssanie – połykanie: zadowalająca ☐ niezadowalająca ☐

   dziecko żywotne: tak ☐ nie ☐

   rytm sen – czuwanie: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   adekwatne do sytuacji reakcje na:

   dotyk: tak ☐ nie ☐

   dźwięk: tak ☐ nie ☐

   światło: tak ☐ nie ☐

   zmianę pozycji ciała: tak ☐ nie ☐
4. Żółtaczka fizjologiczna: od ……. do ……doby

   Maksymalne stężenie bilirubiny …….w ……..dobie
5. Smółka……
6. Inne……

   ……..
7. Badanie lekarskie przedmiotowe ……

   ……

   ……
8. Poszerzone badanie kliniczne noworodka ☐ data i godzina…….
9. Uwagi……

   ……

   ……
10. Wyniki badań dodatkowych……

    ….……

    ……..

    ……..
11. Stan pediatryczny wymagający przejściowej obserwacji (do 7 dni) ☐
12. Rozpoznania i epikryza ……...

    ……..……

    ……

    ……

    ……...

Data…… Oznaczenie lekarza

……....

VII. DODATKOWA INFORMACJA O POBYCIE W SZPITALU

Rozpoznanie i epikryza

Data……

Oznaczenie lekarza

……..

VIII. DANE NOWORODKA W DNIU WYPISU ZE SZPITALA ALBO PRZEKAZANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM URODZONYM W WARUNKACH POZASZPITALNYCH POD OPIEKĘ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Data (rrrr-mm-dd)…….
2. Wiek kalendarzowy……. wiek postkoncepcyjny[2)] …….…….
3. Masa ciała …….g (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Długość ciała ……..cm
5. Obwód głowy ……cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
6. Ciemię przednie …… szwy czaszkowe…….
7. Badanie przedmiotowe …….
   ……
   ……
   ……
8. Noworodek wypisany ze szpitala: do domu ☐ do innego oddziału ☐

   na żądanie rodziców ☐
9. Stan noworodka w dniu wypisu albo przekazania opieki: zdrowy, bez zastrzeżeń ☐

   wymaga dalszej obserwacji, diagnozowania albo leczenia ☐
10. Wykonano szczepienia obowiązkowe: tak ☐ nie ☐
11. Badania przesiewowe:

    Pobrano krew na bibułę: tak ☐ nie ☐

    Kod bibuły[3)] I i data pobrania…….

    Kod bibuły[3)] II i data pobrania (na wezwanie)……

    Bibułę z kodem[3)]…….....

    przekazano do……..
12. Inne badania wykonane w dniu wypisu……...

    Badanie słuchu I

    Data badania (rrrr-mm-dd)…….

    Wynik badania: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

    Badanie słuchu II

    Data badania (rrrr-mm-dd)…….

    Wynik badania: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

[2)] Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.
[3)] Może być wklejony.

13. Wrodzone wady rozwojowe…….

Zgłoszono do rejestru wrodzonych wad rozwojowych w dniu……...

14. Zlecone konsultacje specjalistyczne i badania:

USG stawów biodrowych ☐

Badanie okulistyczne[4)] ☐

Inne……..
…….. ……

……

15. Przepisane leki, witaminy ……..

…….

…….

16. Karmienie:

wyłącznie piersią☐

mieszane ☐

sztuczne ☐

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej……...
……..

……

17. Zalecenia lekarskie……..

.....

…….

18. Zalecenia pielęgnacyjne……...

…….

19. Poinformowano o czynnikach ryzyka nagłej śmierci łóżeczkowej: tak ☐ nie ☐

20. Przeprowadzono instruktaż karmienia piersią: tak ☐ nie ☐

21. Poinformowano o konieczności wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

tak ☐ nie ☐

22. Poinformowano o konieczności wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:

tak ☐ nie ☐

[4)] W przypadku niemowląt urodzonych przed 32. tygodniem ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 1500 g albo niemowląt urodzonych przed 36. tygodniem ciąży z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii.

23. Poinformowano o konieczności wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej:

tak ☐ nie ☐

Data…….. Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

…..…….

IX. WIZYTA PATRONAŻOWA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 1–4. tydzień życia

1. Wiek kalendarzowy…….. wiek postkoncepcyjny[2)]……..
2. Długość ciała ……..cm
3. Obwód głowy ……cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Obwód klatki piersiowej ……cm
5. Ciemię przednie ……szwy czaszkowe ……..
6. Przyjmowane leki …….

   …….

   …….....……
7. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej – guzki Bohna, perły Ebsteina, nadziąślaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)

   skóra……

   głowa……..

   szyja……

   oczy……

   uszy……

   jama ustna/gardło……

   węzły chłonne ……

   płuca……

   serce……

   brzuch…….

   układ moczowo-płciowy……

   układ kostno-stawowy……...

   stan odżywienia……..
8. Żywienie:

   wyłącznie piersią☐

   mieszane ☐

   sztuczne ☐

   skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej……...

   ……..

   ……
9. Ocena neurorozwojowa……...…….

[2)] Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐

trudności ze ssaniem ☐ połykaniem ☐

bezdechy ☐ wymioty ☐ drgawki ☐ płacz przenikliwy ☐ kwilenie ☐

brak reakcji na dźwięki ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy) …….....

…….....

.....……

11. Warunki mieszkaniowe: bardzo dobre ☐ dobre ☐ przeciętne ☐ złe ☐

12. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..

13. Zalecenia……..

……

14. Porada żywieniowa……..

……

Żywienie …….. witaminy……...

15. Zlecone konsultacje…….

……...

16. Zlecone badania diagnostyczne ……..

……

……

Data……. Oznaczenie lekarza

……...

X. WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ

1. Data I. wizyty……
2. Wiek dziecka……..
3. Opis wizyty……...
   .....
   .....
   .....
   .....
4. Sposób żywienia noworodka:

   wyłącznie piersią☐

   mieszane ☐

   sztuczne ☐

   skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej……...
   ……..
   ……
5. Zalecenia……..
   .....
6. Data następnej wizyty……..

Data…….. Oznaczenie położnej……..

1. Data II. wizyty……
2. Wiek dziecka……..
3. Opis wizyty……...
   .....
   .....
   .....
   .....
4. Sposób żywienia noworodka……
5. Zalecenia……..
   .....
6. Data następnej wizyty……..

Data…….. Oznaczenie położnej……..

1. Data III. wizyty……
2. Wiek dziecka……..
3. Opis wizyty……...
   .....
   .....
   .....
   .....
4. Sposób żywienia noworodka……
5. Zalecenia……..
   .....
6. Data następnej wizyty……..

Data…….. Oznaczenie położnej……..

1. Data IV. wizyty……
2. Wiek dziecka……..
3. Opis wizyty……..…
   .....
   .....
   .....
   .....
4. Sposób żywienia noworodka……
5. Zalecenia……..
   .....
6. Data następnej wizyty……..

Data…….. Oznaczenie położnej……..

1. Data V. wizyty……
2. Wiek dziecka……..
3. Opis wizyty……..…
   .....
   .....
   .....
   .....
4. Sposób żywienia noworodka……
5. Zalecenia……..
   .....
6. Data następnej wizyty……..

Data…….. Oznaczenie położnej……..

1. Data VI. wizyty……
2. Wiek dziecka……..
3. Opis wizyty……..…
   .....
   .....
   .....
   .....
4. Sposób żywienia noworodka……
5. Zalecenia……..
   .....
6. Data następnej wizyty……..

Data…….. Oznaczenie położnej……..

XI. WIZYTY PATRONAŻOWE PIELĘGNIARKI

1. Data I. wizyty……
2. Wiek dziecka……..
3. Opis wizyty……
   ……
   ……
   ……
   ……
4. Zalecenia……
   ……..
5. Data następnej wizyty[5)]……..

Data…….. Oznaczenie pielęgniarki……..

1. Data II. wizyty[5)]……
2. Wiek dziecka……..
3. Opis wizyty……
   ……
   ……
   ……
   ……
4. Zalecenia……
   ……..

Data…….. Oznaczenie pielęgniarki…….

[5)] W przypadku gdy w czasie wizyty stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia dziecka.

XII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6–9. tydzień życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy……. wiek postkoncepcyjny[2)]……...
2. Masa ciała ……g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała……...cm
4. Obwód głowy…… cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej ……cm
6. Ciemię przednie …….. szwy czaszkowe……..
7. Przyjmowane leki …….....

   ……..
8. Test przesiewowy w kierunku:

   Zaburzeń wzroku:

   zez: widoczny ☐ niewidoczny ☐

   test Hirschberga: ujemny ☐ dodatni ☐ Cover test: ujemny ☐ dodatni ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wrodzonej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej (guzki Bohna, perły Ebsteina), nadziąślaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)

   skóra……

   głowa……..

   szyja……

   oczy……

   uszy……

   jama ustna/gardło……

   węzły chłonne ……

   płuca……

   serce……

   brzuch……

   układ moczowo-płciowy……

   układ kostno-stawowy……...

   stan odżywienia……

[2)] Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywienie:

wyłącznie piersią☐

mieszane ☐

sztuczne ☐

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej……...
……..
……

11. Ocena neurorozwojowa…….….
……..

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐

trudności ze ssaniem ☐ trudności z połykaniem ☐

bezdechy ☐ wymioty ☐ drgawki ☐ płacz przenikliwy ☐ kwilenie ☐

brak reakcji na dźwięki ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)……....……
……

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..
14. Zalecenia……..
15. Porada żywieniowa……..
……

Dieta…….. witaminy…….....

16. Zlecone konsultacje……..
……..
17. Zlecone badania diagnostyczne ……..
……

Data……..

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

……. …….

XIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 3–4. miesiąc życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy……. wiek postkoncepcyjny[2)]……...
2. Masa ciała ……g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała……...cm
4. Obwód głowy……..cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej…….cm
6. Ciemię przednie …….. szwy czaszkowe……..
7. Przyjmowane leki …….....
   ……..
8. Test przesiewowy w kierunku:

   Zaburzeń wzroku:

   zez: widoczny ☐ niewidoczny ☐

   test Hirschberga: ujemny ☐ dodatni ☐ Cover test: ujemny ☐ dodatni ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku)

   skóra……
   głowa……..
   szyja……
   oczy……
   uszy……
   jama ustna/gardło……
   węzły chłonne ……
   płuca……
   serce……
   brzuch…….
   układ moczowo-płciowy……
   układ kostno-stawowy……...
   stan odżywienia……..

[2)] Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywienie:

wyłącznie piersią☐

mieszane ☐

sztuczne ☐

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej……...
……..
……

11. Ocena neurorozwojowa…….....
……

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐

trudności ze ssaniem ☐ trudności z połykaniem ☐

nieprawidłowe stolce ☐ bezdechy ☐ wymioty ☐ drgawki ☐

brak odwracania głowy w kierunku dźwięku ☐

brak łączenia rąk w linii środkowej ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)……....……
……

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych…….……..
14. Zalecenia……..
15. Porada żywieniowa…….
……
Dieta…….. witaminy……...…...
16. Zlecone konsultacje……..
……
17. Zlecone badania diagnostyczne ……...
…….....

Data……..

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

……. …….

XIV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6. miesiąc życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy……. wiek postkoncepcyjny[2)]……...
2. Masa ciała ……g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała……...cm
4. Obwód głowy……..cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej ……cm
6. Ciemię przednie …….. szwy czaszkowe……..
7. Przyjmowane leki …….....

   ……..
8. Test przesiewowy w kierunku:

   Zaburzeń wzroku:

   zez: widoczny ☐ niewidoczny ☐

   test Hirschberga: ujemny ☐ dodatni ☐ Cover test: ujemny ☐ dodatni ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy)

   skóra……

   głowa……...

   szyja…….

   oczy…….

   uszy…….

   jama ustna/gardło……

   węzły chłonne ……

   płuca……

   serce……

   brzuch…….

   układ moczowo-płciowy……

   układ kostno-stawowy……

   stan odżywienia……..

[2)] Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywienie:

wyłącznie piersią☐

mieszane ☐

sztuczne ☐

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej……...
……..
……

11. Ocena neurorozwojowa ……...
…….

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐

trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐

wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐

brak reakcji na dzwonek, telefon, głos opiekuna ☐

brak zainteresowania zabawkami ☐ brak obrotu na boki i na brzuch ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)……....……
……

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..
14. Zalecenia……..
15. Porada żywieniowa……..
……

Dieta…….. witaminy……...……...

16. Zlecone konsultacje……..
……..
17. Zlecone badania diagnostyczne……..
…….....

Data……..

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

…… ……

XV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 9. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy……. wiek postkoncepcyjny[2)]……...
2. Masa ciała ……g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała……...cm
4. Obwód głowy……..cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej ……cm
6. Ciemię przednie …….. szwy czaszkowe……..
7. Przyjmowane leki …….....

   ……..
8. Test przesiewowy w kierunku:

   Zaburzeń wzroku:

   zez: widoczny ☐ niewidoczny ☐

   test Hirschberga: ujemny ☐ dodatni ☐ Cover test: ujemny ☐ dodatni ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

   skóra……

   głowa……..

   szyja……

   oczy……

   uszy……

   jama ustna/gardło……

   węzły chłonne ……

   płuca……

   serce……

   brzuch…….

   układ moczowo-płciowy……

   układ kostno-stawowy……

   stan odżywienia……

[2)] Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywienie:

wyłącznie piersią☐

mieszane ☐

sztuczne ☐

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej……..……...
……
……

11. Ocena neurorozwojowa …….……..…..
……

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐

trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐

wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐

trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra ☐ brak strumienia mikcji ☐

częste infekcje ☐ brak reakcji na ciche dźwięki ☐ brak ciągu sylab da-da-da ☐

stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)……....……
…….

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..…..

14. Zalecenia……....

15. Porada żywieniowa…….…....
……....
…….…...
Dieta…….. witaminy……..……...

16. Zlecone konsultacje……....
……....

17. Zlecone badania diagnostyczne ……....
……....

18. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak ☐ nie ☐

Data……..

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

…….

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

…….

XVI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 12. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy……. wiek postkoncepcyjny[2)]……...
2. Masa ciała ……g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała……...cm
4. Obwód głowy……..cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej ……cm
6. Ciśnienie tętnicze krwi ……...
7. Ciemię przednie …….. szwy czaszkowe……..
8. Przyjmowane leki …….....

   ……..
9. Test przesiewowy w kierunku:

   Zaburzeń wzroku:

   zez: widoczny ☐ niewidoczny ☐

   test Hirschberga: ujemny ☐ dodatni ☐ Cover test: ujemny ☐ dodatni ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
10. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

    skóra……

    głowa……..

    szyja……

    oczy……

    uszy……

    jama ustna/gardło……

    węzły chłonne ……

    płuca……

    serce……

    brzuch……

    układ moczowo-płciowy……

    układ kostno-stawowy……

    stan odżywienia……..

[2)] Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

11. Żywienie

wyłącznie piersią☐

mieszane ☐

sztuczne ☐

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej……...
……..

12. Ocena neurorozwojowa ……...
……..……...
…….....

13. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐

trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐

wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐

trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra ☐ brak strumienia mikcji ☐

częste infekcje ☐ brak reakcji na ciche dźwięki ☐ brak ciągu sylab da-da-da ☐

stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)……....……
…….

14. Odchylenia w badaniach dodatkowych…….……..

15. Zalecenia……..
…….

16. Porada żywieniowa……..
…….
…….

Dieta…….. witaminy…….....

17. Zlecone konsultacje……..
……..

18. Zlecone badania diagnostyczne ……...
…….....

Badanie okulistyczne ☐

19. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak ☐ nie ☐

Data……..

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

……. …….

XVII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 2. rok życia

1. Wiek kalendarzowy……. wiek postkoncepcyjny[2)]……...
2. Masa ciała ……g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała……..cm
4. Obwód głowy…… cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Ciśnienie tętnicze krwi ……...
6. Wskaźnik BMI ……
7. Ciemię przednie …….. szwy czaszkowe……..
8. Przyjmowane leki …….....

   ……..
9. Test przesiewowy w kierunku:

   Zaburzeń wzroku:

   zez: widoczny ☐ niewidoczny ☐

   test Hirschberga: ujemny ☐ dodatni ☐ Cover test: ujemny ☐ dodatni ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
10. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

    skóra……

    głowa……..

    szyja……

    oczy……

    uszy……

    jama ustna/gardło……

    węzły chłonne ……

    płuca……

    serce……

    brzuch……

    układ moczowo-płciowy…….

    układ kostno-stawowy…….

    stan odżywienia……

[2)] Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

11. Żywienie (częstotliwość i objętość posiłków oraz napojów, stosowanie diet eliminacyjnych)…….. …….
……...

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐

trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐

wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐

trudności z mikcją, pieluchowanie ☐ brak strumienia mikcji ☐ częste infekcje ☐

brak należnego dla wieku rozwoju mowy: brak zdań dwuwyrazowych ☐

brak używania trzeciej osoby ☐

brak należnego dla wieku rozumienia mowy: brak pokazywania części ciała ☐

brak spełniania prostych poleceń ☐

zaburzenia zachowania ☐ zaburzenia snu ☐

brak pierwszych swobodnych kroków po 15. miesiącu życia ☐ brak wchodzenia na schody z trzymaniem poręczy ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)……....……
……..……

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..
14. Zalecenia…….
15. Porada żywieniowa……..
……
Dieta…….. witaminy…….....
16. Zlecone konsultacje……..
……..
17. Zlecone badania diagnostyczne ……..
……
18. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak ☐ nie ☐

Data……..

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

……. …….

XVIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 4. rok życia

1. Wiek ……..…….
2. Masa ciała ……..kg centyl…….
3. Wzrost……..…… cm centyl……....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ……... centyl…….
5. Wskaźnik BMI …… centyl…….
6. Przyjmowane leki…….....
   ……..
7. Test przesiewowy w kierunku:

   Zaburzeń wzroku:

   zez: widoczny ☐ niewidoczny ☐

   test Hirschberga: ujemny ☐ dodatni ☐ Cover test: ujemny ☐ dodatni ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
8. Badanie lekarskie

   skóra……

   głowa……..

   szyja……

   oczy……

   uszy……

   jama ustna/gardło……

   węzły chłonne ……

   płuca……

   serce……

   brzuch…….

   układ moczowo-płciowy…….

   układ kostno-stawowy…….

   stan odżywienia……
9. Sprawność ruchowa i koordynacja……..……..
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy……..
11. Rozwój emocjonalny/społeczny ……...
12. Ocena aktywności fizycznej …….
13. Problemy zdrowotne…….
    .....

14. Leczenie przewlekłe……..
……..
15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
……....……
……..…….
16. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..
17. Zalecenia…….
18. Porada żywieniowa……..
…….
Dieta…….. witaminy…….....
19. Zlecone konsultacje ……
……
20. Zlecone badania diagnostyczne ……
……

Data……..

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

…….

……

XIX. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ DZIECKA DO UKOŃCZENIA 4. ROKU ŻYCIA[6)]

Data wizyty adaptacyjnej: ……..

Wiek	6. m.ż.	9. m.ż.	12. m.ż.	2. r.ż.	4 r.ż.
Liczba zębów, w tym:					
z próchnicą **P**					
usuniętych **U**					
wypełnionych **W**					
Defekty szkliwa	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐
Złogi nazębne	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐
Urazy zębów (liczba)					
Wady narządu żucia (jakie?)					
Stan języka					
Stan przyzębia					
Parafunkcje					
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/dziennie					
Ryzyko próchnicy (wg puw)[7)]					
Zalecenia					
Data, oznaczenie lekarza dentysty					

[6)] Wypełnia lekarz dentysta.
[7)] Wskaźnik intensywności próchnicy – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

XX. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 5. rok życia

1. Wiek ……..…….
2. Masa ciała ……..kg centyl…….
3. Wzrost……..…… cm centyl……....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ……... centyl…….
5. Wskaźnik BMI …… centyl…….
6. Dieta…….
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP …… OL …….

   wada refrakcji……. widzenie barw: prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐
   inne zaburzenia……

   Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐ kolana koślawe ☐

   stopy płasko-koślawe ☐

   inne odchylenia……
8. Badanie lekarskie

   skóra……
   głowa……..
   szyja……
   oczy……
   uszy……
   jama ustna/gardło……
   węzły chłonne ……
   płuca……
   serce……
   brzuch…….
   układ moczowo-płciowy…….
   układ kostno-stawowy…….
   stan odżywienia……
9. Sprawność ruchowa i koordynacja……...……..
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy……..
11. Rozwój emocjonalny/społeczny ……...
12. Ocena aktywności fizycznej …….
13. Problemy zdrowotne…….
    .....

14. Leczenie przewlekłe……..
……..
15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
…..……....……
……..…….
16. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..
17. Zalecenia…….
18. Porada żywieniowa……..
……
Dieta…….. witaminy…….....
19. Zlecone konsultacje ……
……
20. Zlecone badania diagnostyczne ……..
……
21. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak ☐ nie ☐

Data……..

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

……. …….

XXI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6. rok życia (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne)[8)]

1. Wiek ……..……
2. Masa ciała ……..kg centyl…….
3. Wzrost……..…… cm centyl……....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ……... centyl…….
5. Wskaźnik BMI …… centyl…….
6. Dieta…….
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP …… OL …….

   wada refrakcji……. widzenie barw: prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐
   inne zaburzenia……

   Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐ kolana koślawe ☐

   stopy płasko-koślawe ☐

   inne odchylenia……
8. Badanie lekarskie

   skóra……

   głowa……..

   szyja……

   oczy……

   uszy……

   jama ustna/gardło……

   węzły chłonne ……

   płuca……

   serce……

   brzuch…….

   układ moczowo-płciowy…….

   układ kostno-stawowy…….

   stan odżywienia……
9. Sprawność ruchowa i koordynacja……...……..
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy……..

[8)] W przypadku gdy badanie przesiewowe nie było wykonane w terminie, wykonuje się je w I klasie szkoły podstawowej.

11. Rozwój emocjonalny/społeczny ……...
12. Ocena aktywności fizycznej …….
13. Ocena zdrowotnej dojrzałości szkolnej i lateralizacji (przy rozpoczęciu nauki)……
……...……..
14. Problemy zdrowotne……
.....
15. Leczenie przewlekłe……..
……..
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
…..……....……
……..…….
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..
18. Zalecenia…….
19. Porada żywieniowa……..
……
Dieta…….. witaminy…….....
20. Zlecone konsultacje ……
……
21. Zlecone badania diagnostyczne ……..
……
22. Ocena gotowości szkolnej……
…….

23. Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego: tak ☐ nie ☐

24. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak ☐ nie ☐

Data…….

Oznaczenie lekarza

……..

XXII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 8–9. rok życia (III klasa szkoły podstawowej)

1. Wiek ……..…….
2. Masa ciała ……..kg centyl…….
3. Wzrost……..…… cm centyl……....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ……... centyl…….
5. Wskaźnik BMI …… centyl…….
6. Dieta ……..
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP …… OL …….

   wada refrakcji……. widzenie barw: prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐
   inne zaburzenia ……..

   Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐
   inne odchylenia……

8. Badanie lekarskie

   skóra……

   głowa……..

   szyja……

   oczy……

   uszy……

   jama ustna/gardło……

   węzły chłonne ……

   płuca……

   serce……

   brzuch…….

   układ moczowo-płciowy…….

   układ kostno-stawowy…….

   stan odżywienia……

9. Sprawność ruchowa i koordynacja……..
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy …….
11. Rozwój emocjonalny/społeczny ……...
12. Ocena dojrzałości płciowej……...
13. Ocena aktywności fizycznej …….
14. Problemy zdrowotne……
    .....

15. Leczenie przewlekłe……..
……..
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
……....……
……..…….
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..
18. Zalecenia…….
19. Porada żywieniowa……..
…….
Dieta…….. witaminy…….....
20. Zlecone konsultacje ……
……
21. Zlecone badania diagnostyczne ……...
……..

22. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak ☐ nie ☐

Data…….

Oznaczenie lekarza

……..

XXIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 12–13. rok życia

1. Wiek ……..…….
2. Masa ciała ……..kg centyl…….
3. Wzrost……..…… cm centyl……....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ……... centyl…….
5. Wskaźnik BMI …… centyl…….
6. Dieta ……..
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP …… OL …….

   wada refrakcji……. widzenie barw: prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐
   inne zaburzenia ……..

   Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐

   nadmierna kifoza piersiowa ☐ inne odchylenia……

8. Badanie lekarskie

   skóra……
   głowa……..
   szyja……
   oczy……
   uszy……
   jama ustna/gardło……
   węzły chłonne ……
   płuca……
   serce……
   brzuch……
   układ moczowo-płciowy…….
   układ kostno-stawowy…….
   stan odżywienia……

9. Sprawność ruchowa i koordynacja……
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy …….
11. Rozwój emocjonalny/społeczny ……...
12. Ocena dojrzewania płciowego……..
13. Ocena aktywności fizycznej …….
14. Problemy zdrowotne…….
    .....

15. Leczenie przewlekłe……..
……..
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
……....……
……..…….
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..
18. Zalecenia…….
19. Porada żywieniowa……..
…….
Dieta…….. witaminy…….....
20. Zlecone konsultacje ……
…….
21. Zlecone badania diagnostyczne ……
…….

Data……

Oznaczenie lekarza
……..

XXIV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 15–16. rok życia

1. Wiek ……..…….
2. Masa ciała ……..kg centyl…….
3. Wzrost……..…… cm centyl……....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ……... centyl…….
5. Wskaźnik BMI …… centyl…….
6. Dieta ……..
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP …… OL …….
   wada refrakcji……. inne zaburzenia …….

   Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐

   nadmierna kifoza piersiowa ☐ inne odchylenia……

8. Badanie lekarskie

   skóra……
   głowa……..
   szyja……
   oczy……
   uszy……
   jama ustna/gardło……
   węzły chłonne ……
   płuca……
   serce……
   brzuch…….
   układ moczowo-płciowy…….
   układ kostno-stawowy…….
   stan odżywienia……

9. Sprawność ruchowa i koordynacja……..
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy ……..
11. Rozwój emocjonalny/społeczny ……...
12. Ocena dojrzewania płciowego……..
13. Ocena aktywności fizycznej ……
14. Problemy zdrowotne…….
    .....

15. Leczenie przewlekłe……..
……..
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
…..……....……
……..…….
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..
18. Zalecenia…….
19. Porada żywieniowa……..
……..
Dieta…….. witaminy…….....
20. Zlecone konsultacje…….
…….
21. Zlecone badania diagnostyczne ……..
……

Data……

Oznaczenie lekarza

……..

XXV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 18–19. rok życia

1. Wiek ……..…….
2. Masa ciała ……..kg centyl…….
3. Wzrost……..…… cm centyl……....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ……... centyl…….
5. Wskaźnik BMI …… centyl…….
6. Dieta ……..
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP …… OL …….
   wada refrakcji……. inne zaburzenia …….

   Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐

   nadmierna kifoza piersiowa ☐ inne odchylenia……

8. Badanie lekarskie

   skóra……
   głowa……..
   szyja……
   oczy……
   uszy……
   jama ustna/gardło……
   węzły chłonne ……
   płuca……
   serce……
   brzuch…….
   układ moczowo-płciowy…….
   układ kostno-stawowy…….
   stan odżywienia……

9. Sprawność ruchowa i koordynacja…….....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy……..
11. Rozwój emocjonalny/społeczny ……...
12. Ocena dojrzewania płciowego……..
13. Ocena aktywności fizycznej ……
14. Problemy zdrowotne…….
    .....

15. Leczenie przewlekłe……..
……..
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
……....……
……..…….
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych……..
18. Zalecenia…….
19. Porada żywieniowa……..
……..
Dieta…….. witaminy…….....
20. Zlecone konsultacje…….
…….
21. Zlecone badania diagnostyczne …….
……..

Data……

Oznaczenie lekarza

……..

XXVI. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ[6)]

M – zęby mleczne, S – zęby stałe

Wiek	**5. r.ż.**		**6. r.ż.**		**7. r.ż.**		**10. r.ż.**	
Zęby	**M**	**S**	**M**	**S**	**M**	**S**	**M**	**S**
Liczba zębów, w tym:								
z próchnicą P								
usuniętych U								
wypełnionych W								
Defekty szkliwa	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐
Złogi nazębne	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐
Urazy zębów (liczba)								
Zgryz/wady narządu żucia (jakie?)								
Stan języka								
Stan przyzębia								
Parafunkcje								
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/ dziennie								
Ryzyko próchnicy (wg puw, PUW)[7)]								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentysty								

[6)] Wypełnia lekarz dentysta.

[7)] Wskaźnik intensywności próchnicy – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ[6)]

Wiek	**12. r.ż.**		**13. r.ż.**		**16. r.ż.**		**19. r.ż.**	
Zęby	**M**	**S**	**M**	**S**	**M**	**S**	**M**	**S**
liczba zębów, w tym:								
z próchnicą P								
usuniętych U								
wypełnionych W								
Defekty szkliwa	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐
Złogi nazębne	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐	tak ☐ nie ☐
Urazy zębów (liczba)								
Zgryz/wady narządu żucia (jakie?)								
Stan języka								
Stan przyzębia								
Parafunkcje								
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/ dziennie								
Ryzyko próchnicy (wg puw, PUW)[7)]								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentysty								

[6)] Wypełnia lekarz dentysta.
[7)] Wskaźnik intensywności próchnicy – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

XXVII. PRZEBYTE CHOROBY ZAKAŹNE

	Data zachorowania	Oznaczenie lekarza
Odra		
Ospa wietrzna		
Krztusiec		
Różyczka		
Szkarlatyna		
Wirusowe zapalenie wątroby typu B		
Świnka		
Inne		

XXVIII. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Poradnia	Data pierwszej wizyty	Uwagi

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Poradnia	Data pierwszej wizyty	Uwagi

XXIX. UCZULENIA I REAKCJE ANAFILAKTYCZNE

Na co	Data	Postępowanie	Oznaczenie lekarza

XXX. HOSPITALIZACJE

Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:

HOSPITALIZACJE

Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobyt od do	**Rozpoznanie:** Oznaczenie lekarza wypisującego:

XXXI. ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

Rodzaj wyrobu medycznego Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego Data	Oznaczenie lekarza zlecającego

XXXII. ZWOLNIENIA Z ZAJĘĆ SPORTOWYCH

Czas zwolnienia	Przyczyna	Określenie rodzaju aktywności, z której dziecko jest zwolnione	Data i oznaczenie lekarza

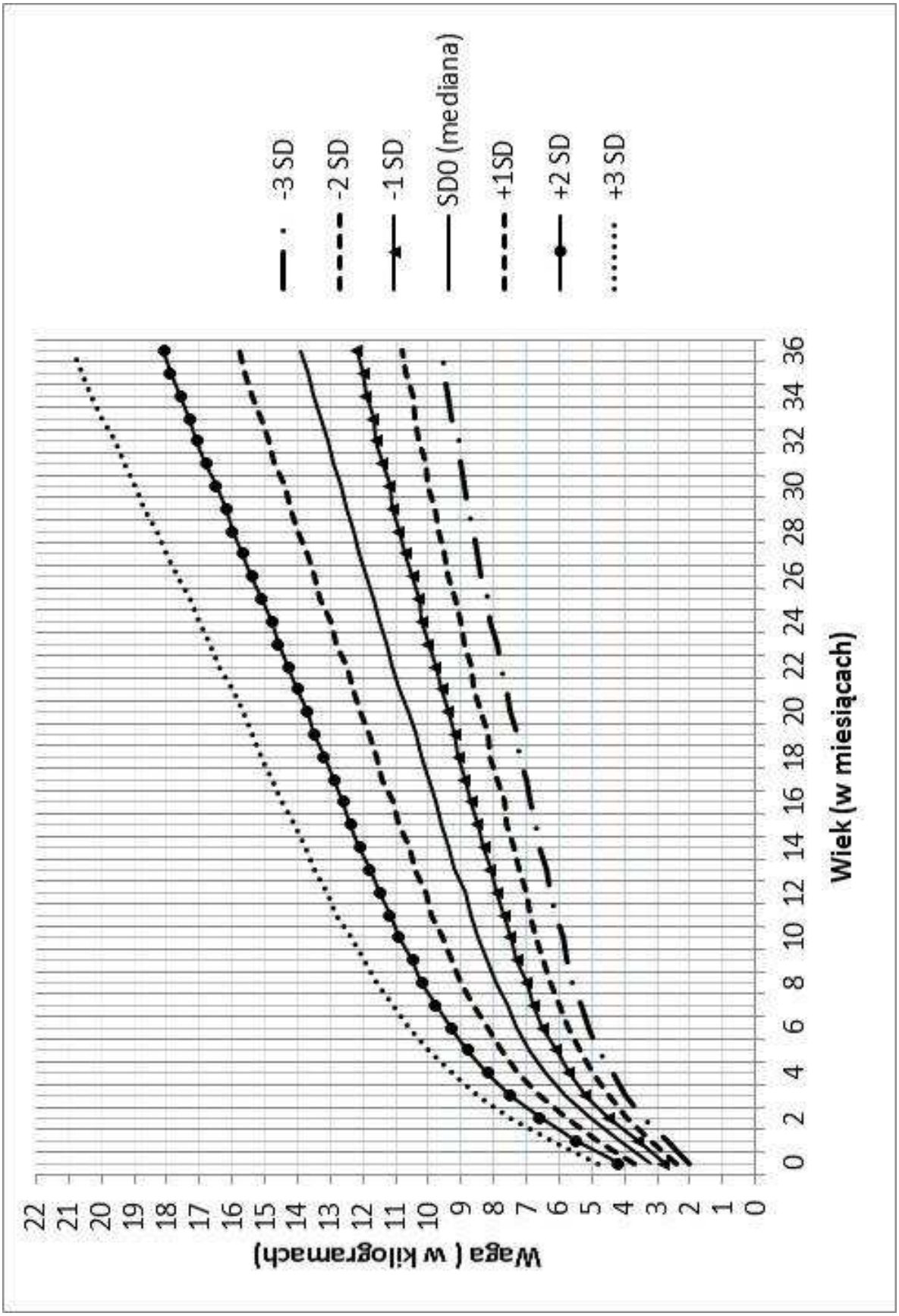
XXXIII. UWAGI

XXXIV. Procedury radiologiczne

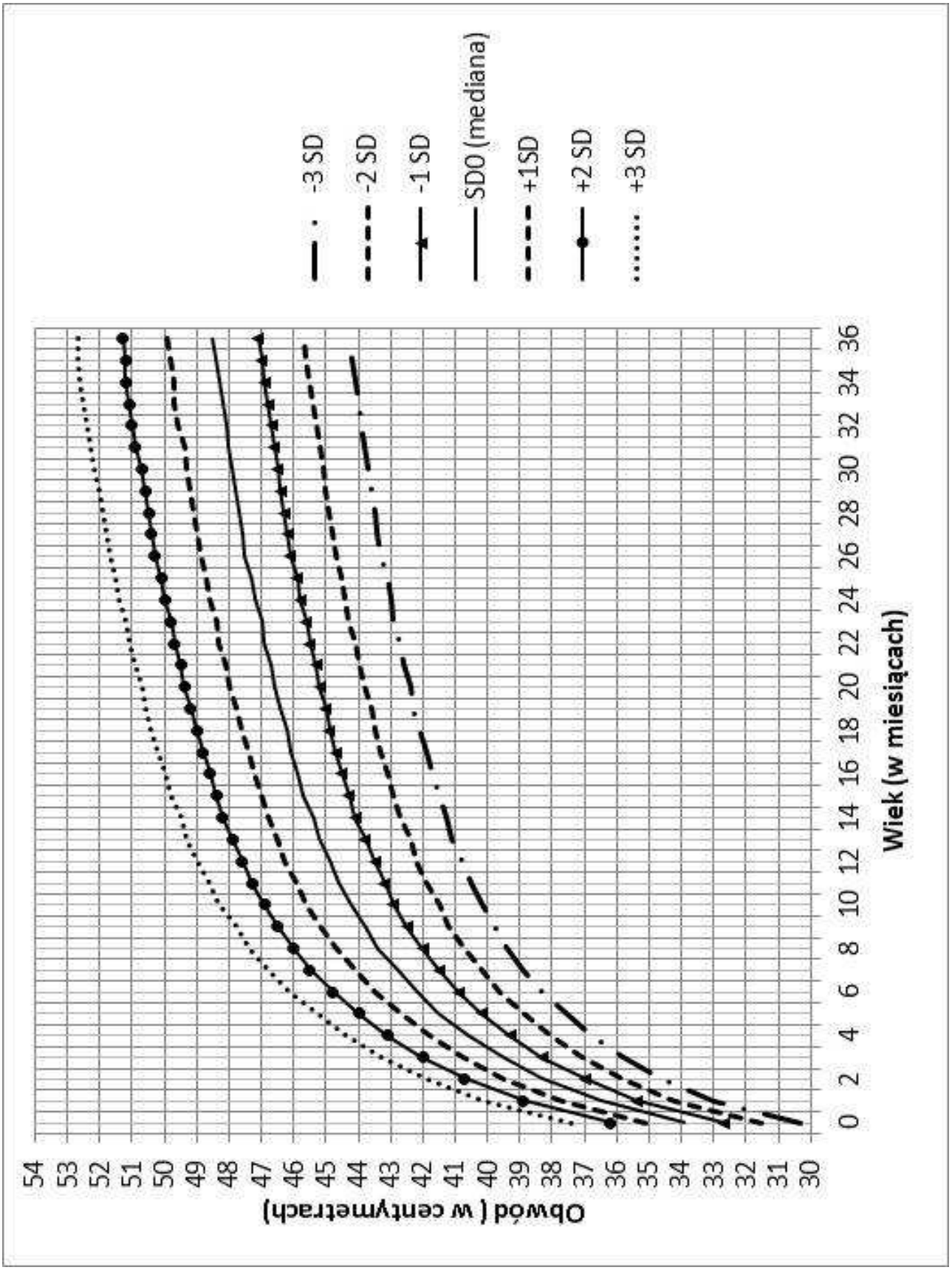
Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej

Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu Data procedury	Procedura radiologiczna: Oznaczenie osoby wykonującej

Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 0–3 lat

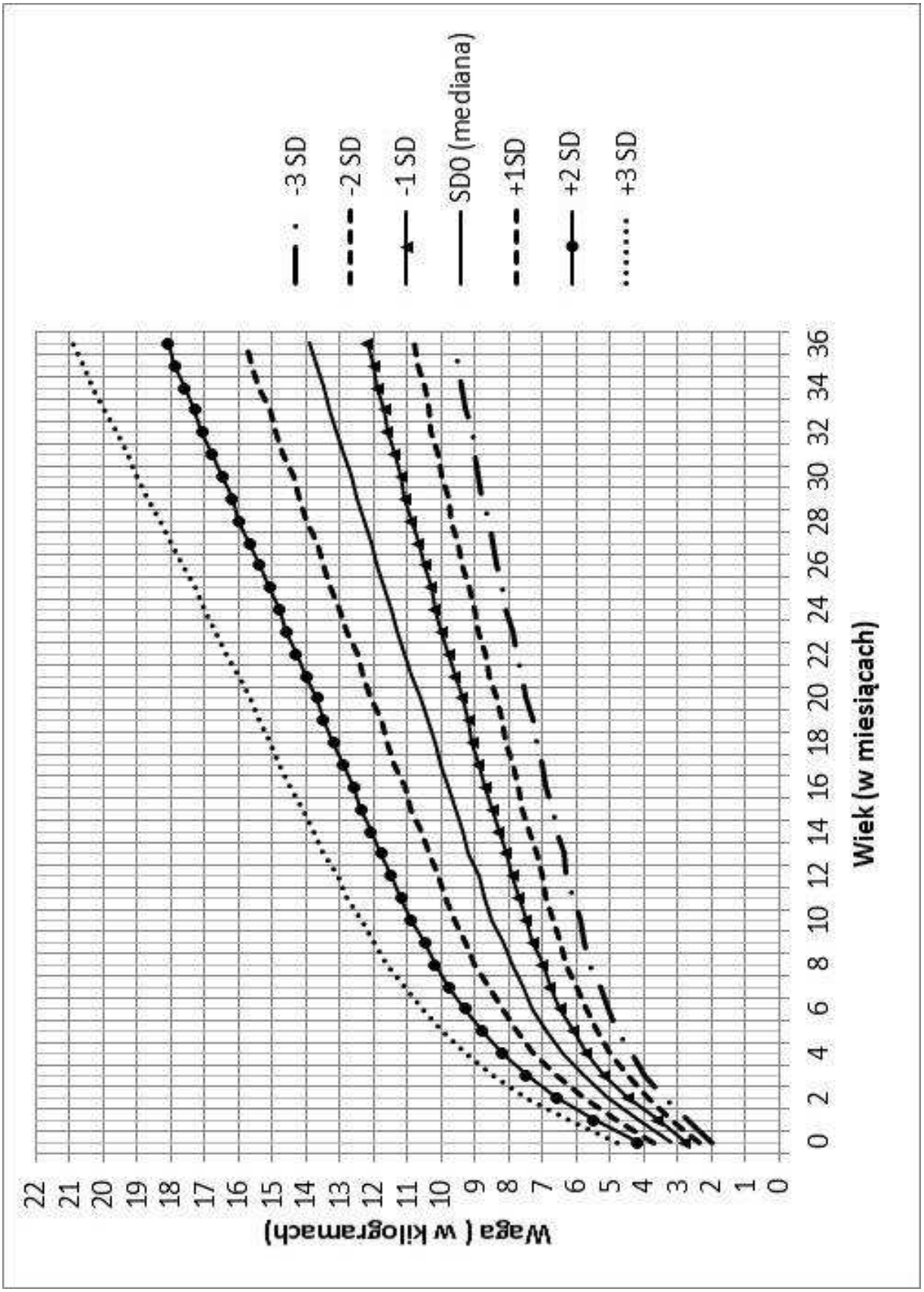


Siatka centylowa obwodu głowy dziewcząt w wieku 0–3 lat



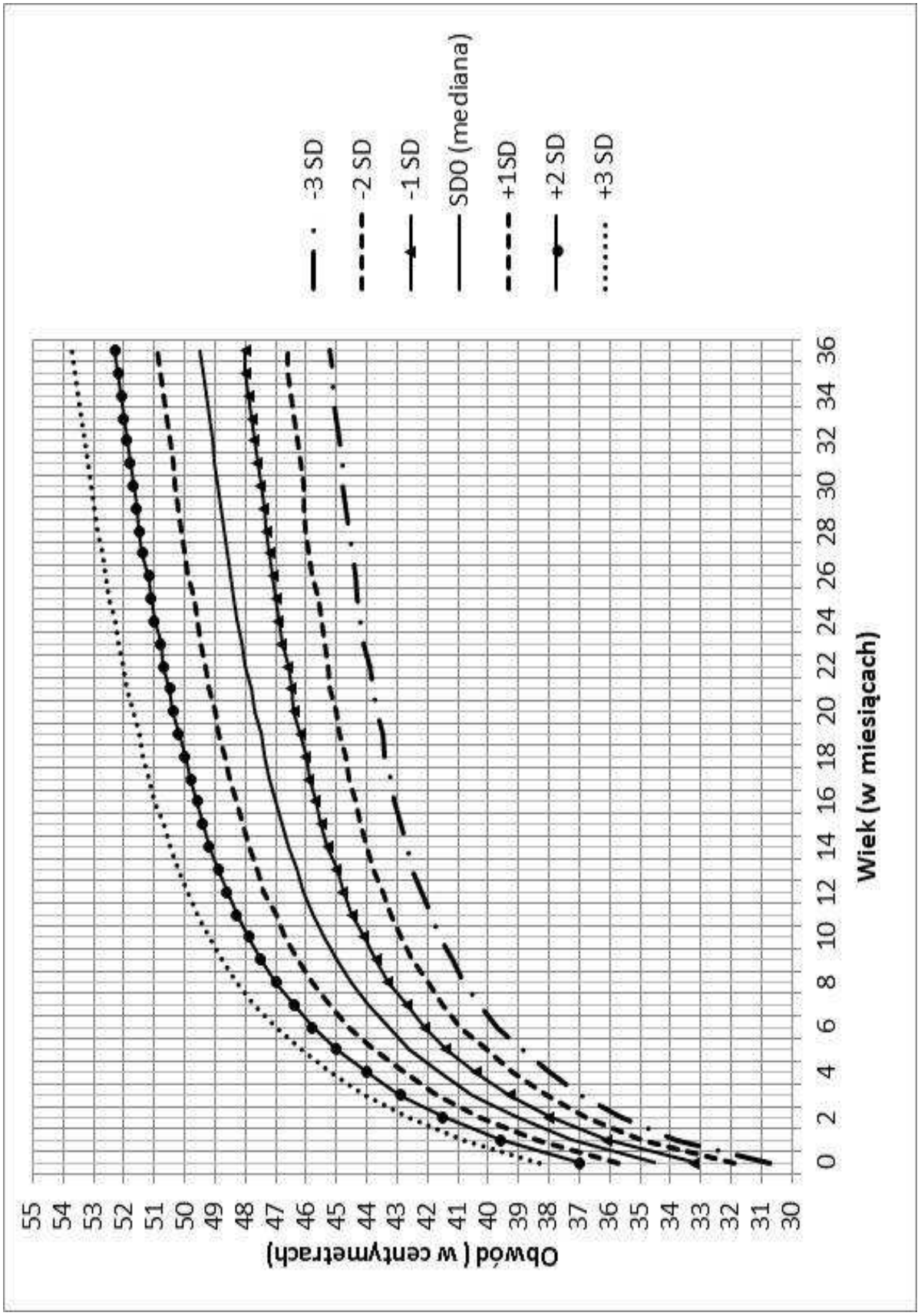
Źródło: WHO

Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 0–3 lat



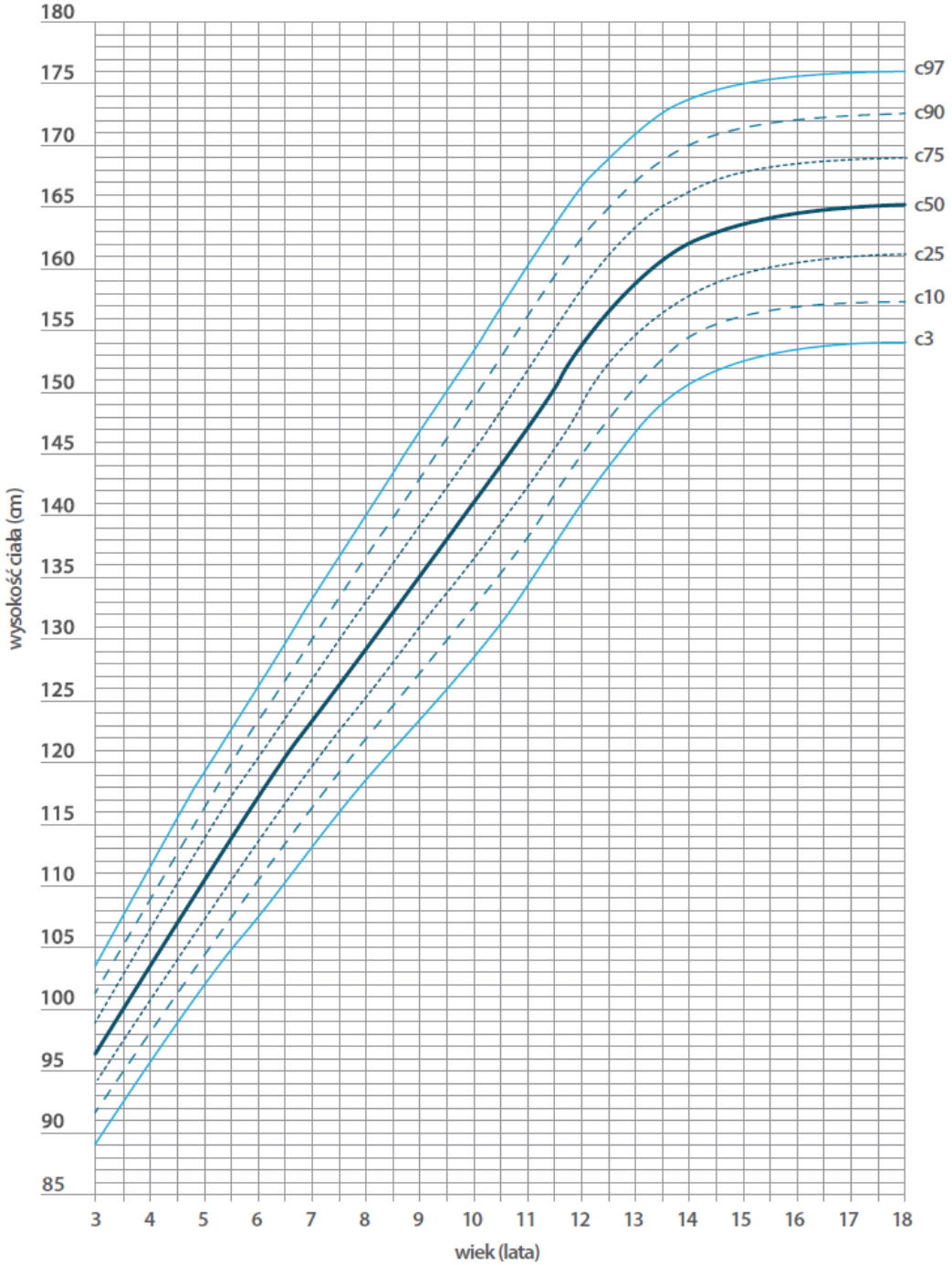
Źródło: WHO

Siatka centylowa obwodu głowy chłopców w wieku 0–3 lat



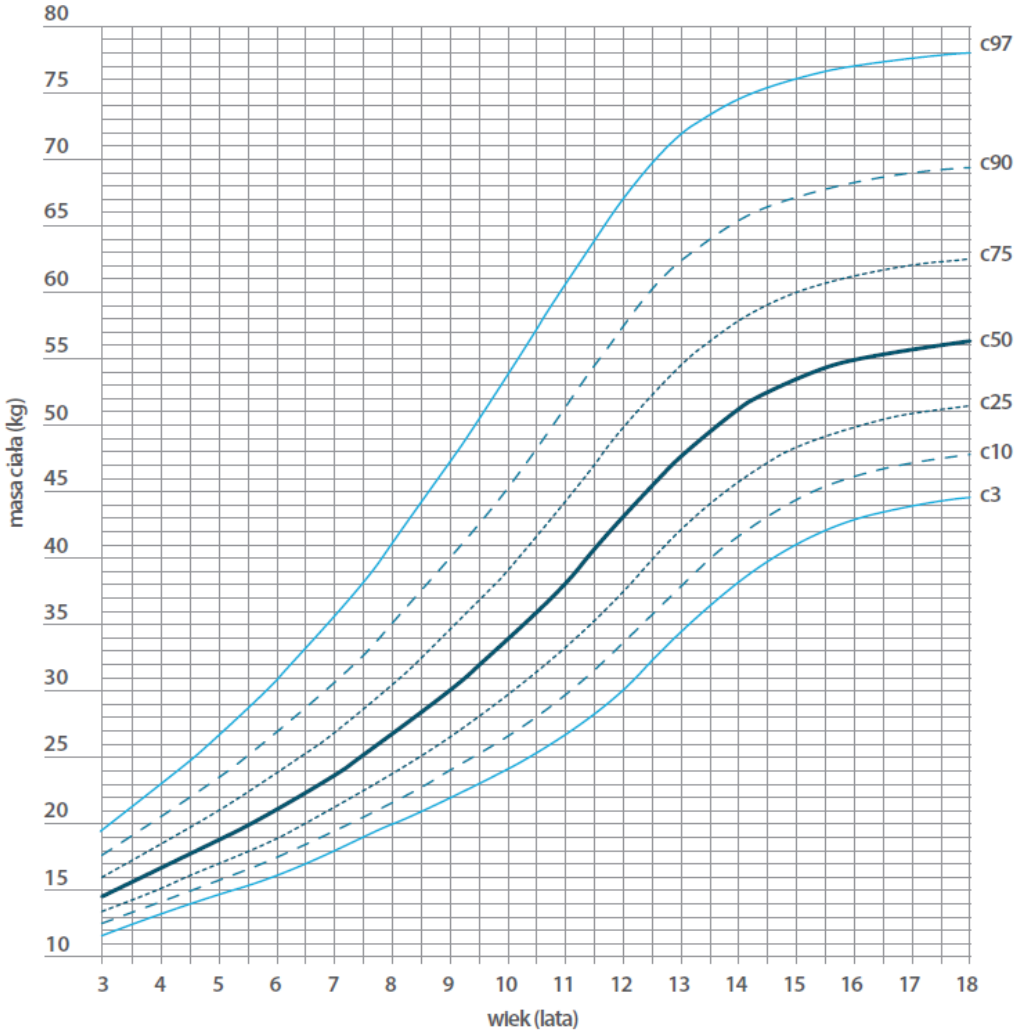
Źródło: WHO

Siatka centylowa wysokości ciała dziewcząt w wieku 3–18 lat



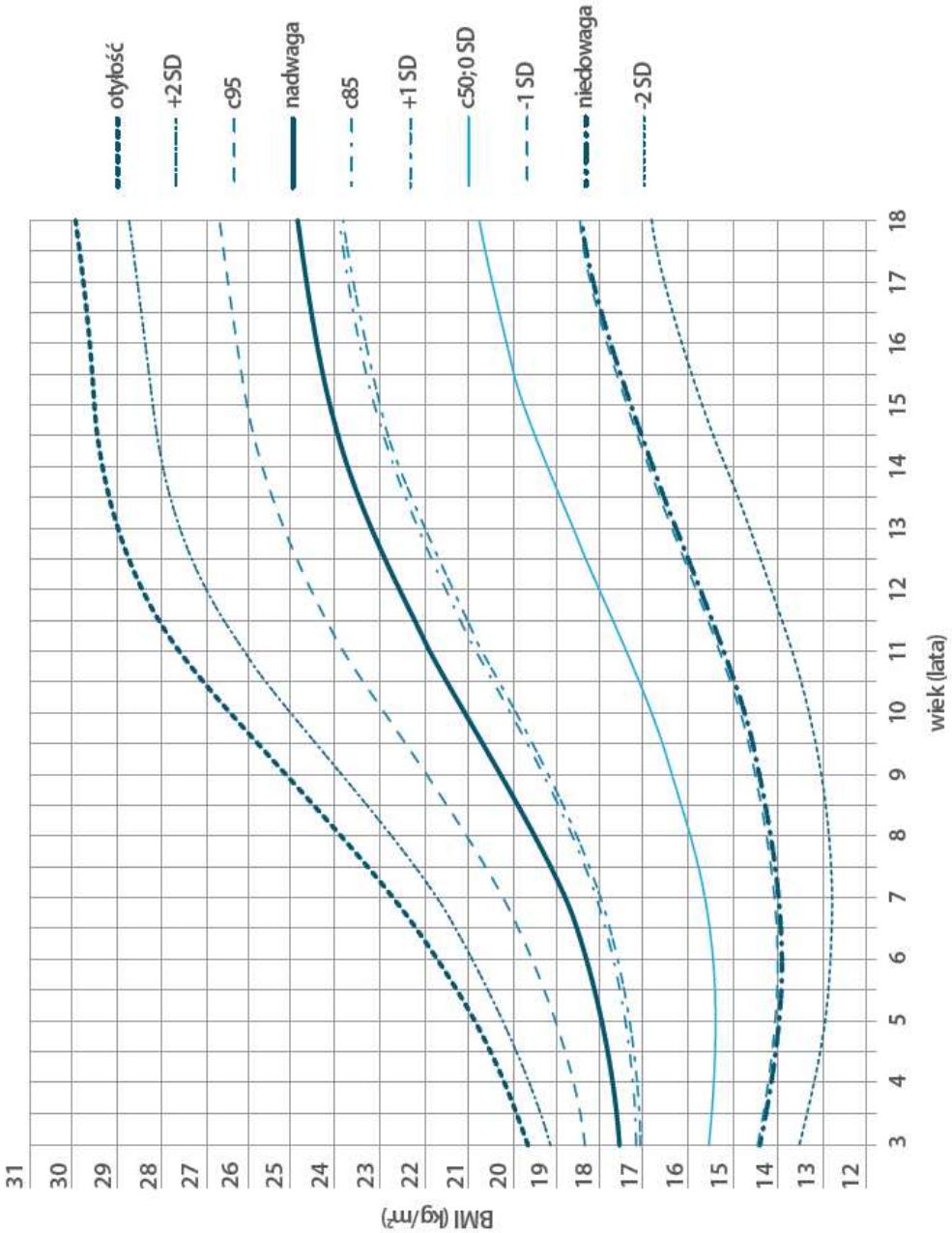
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska--Świątkowka, M. Góźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat", Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 3–18 lat



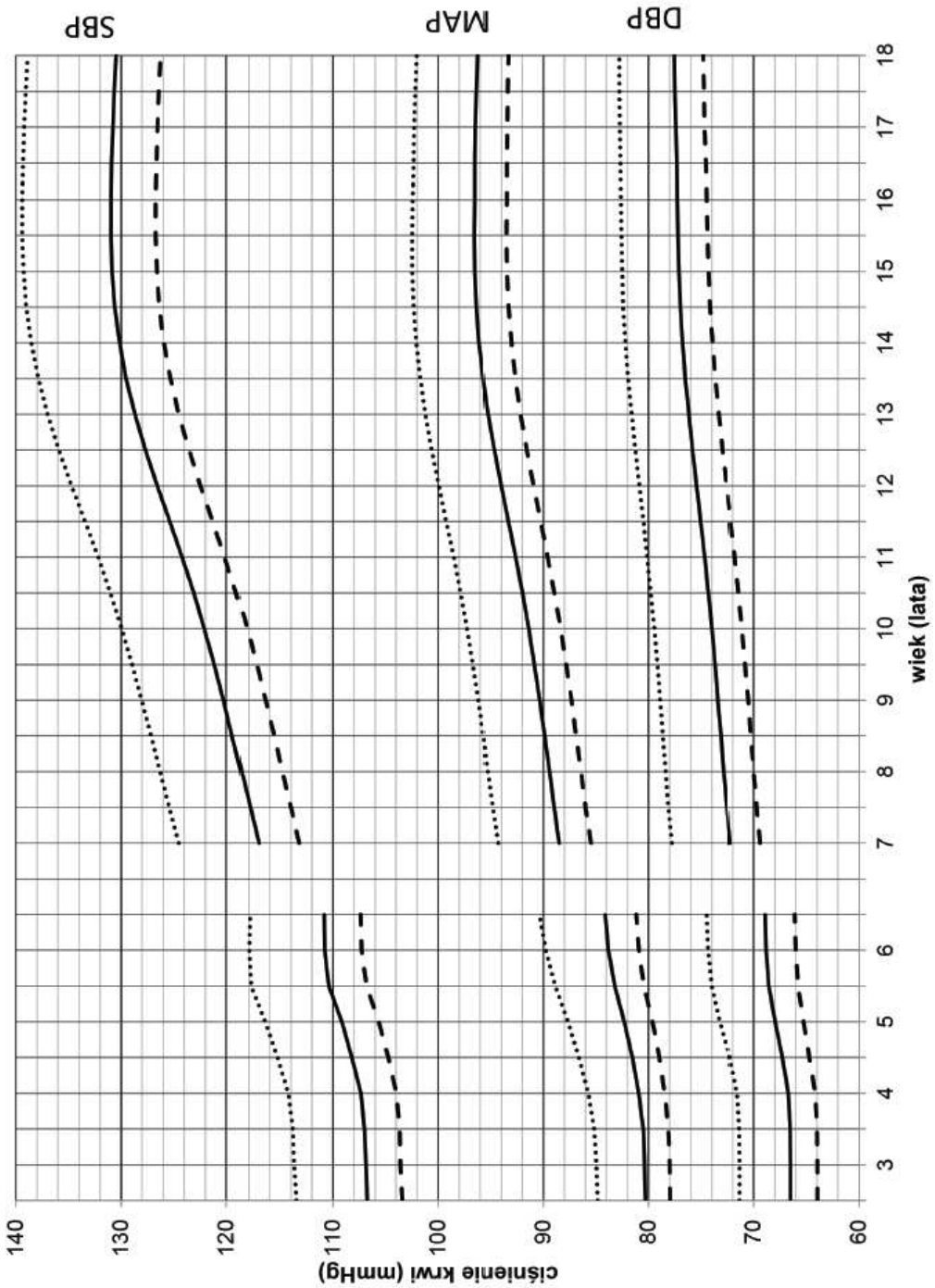
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska--Świątkowka, M. Góźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat", Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatki centylowe BMI dziewcząt w wieku 3–18 lat



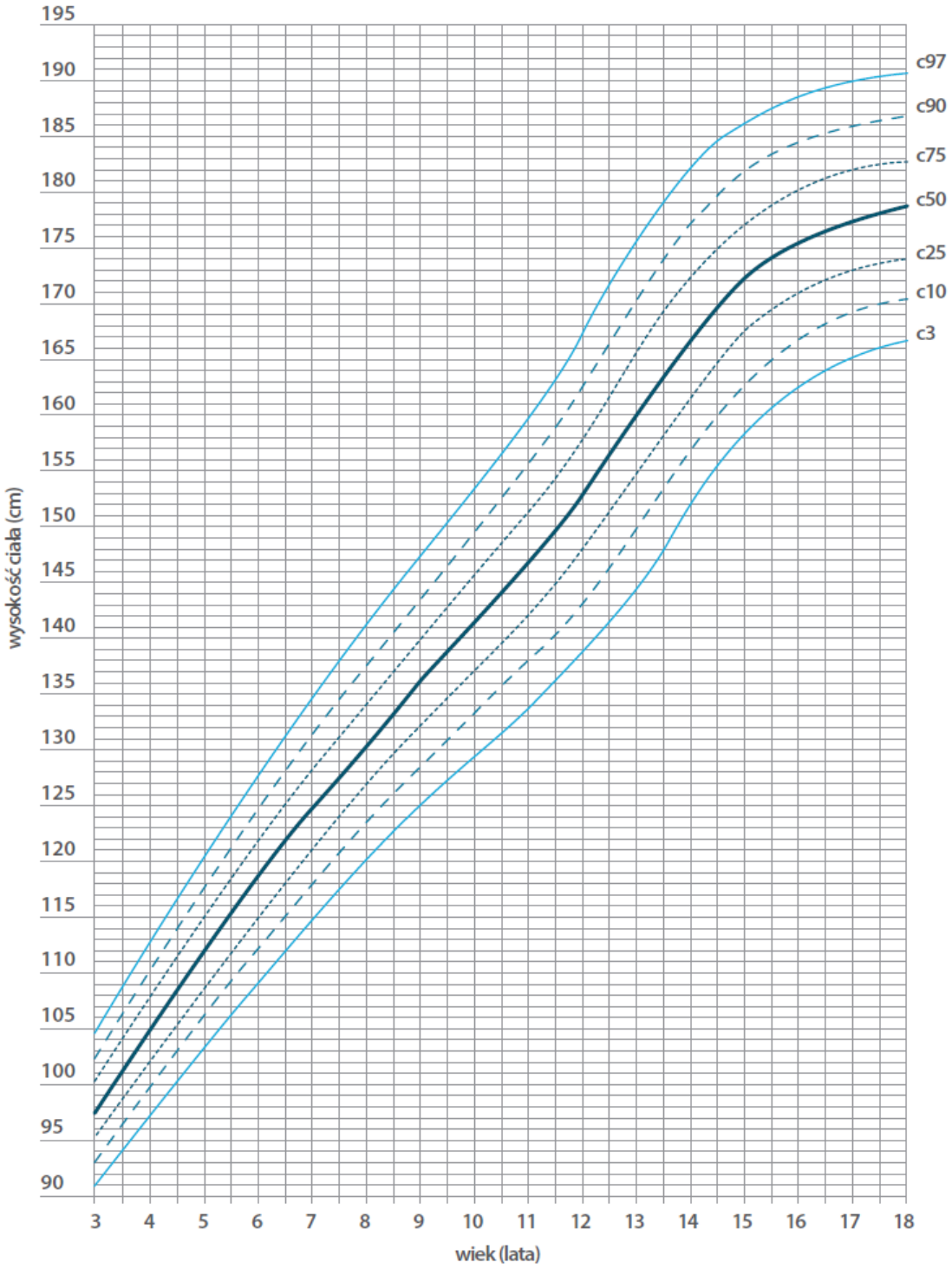
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Góźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat", Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) dziewcząt w wieku 3–18 lat
(centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana)



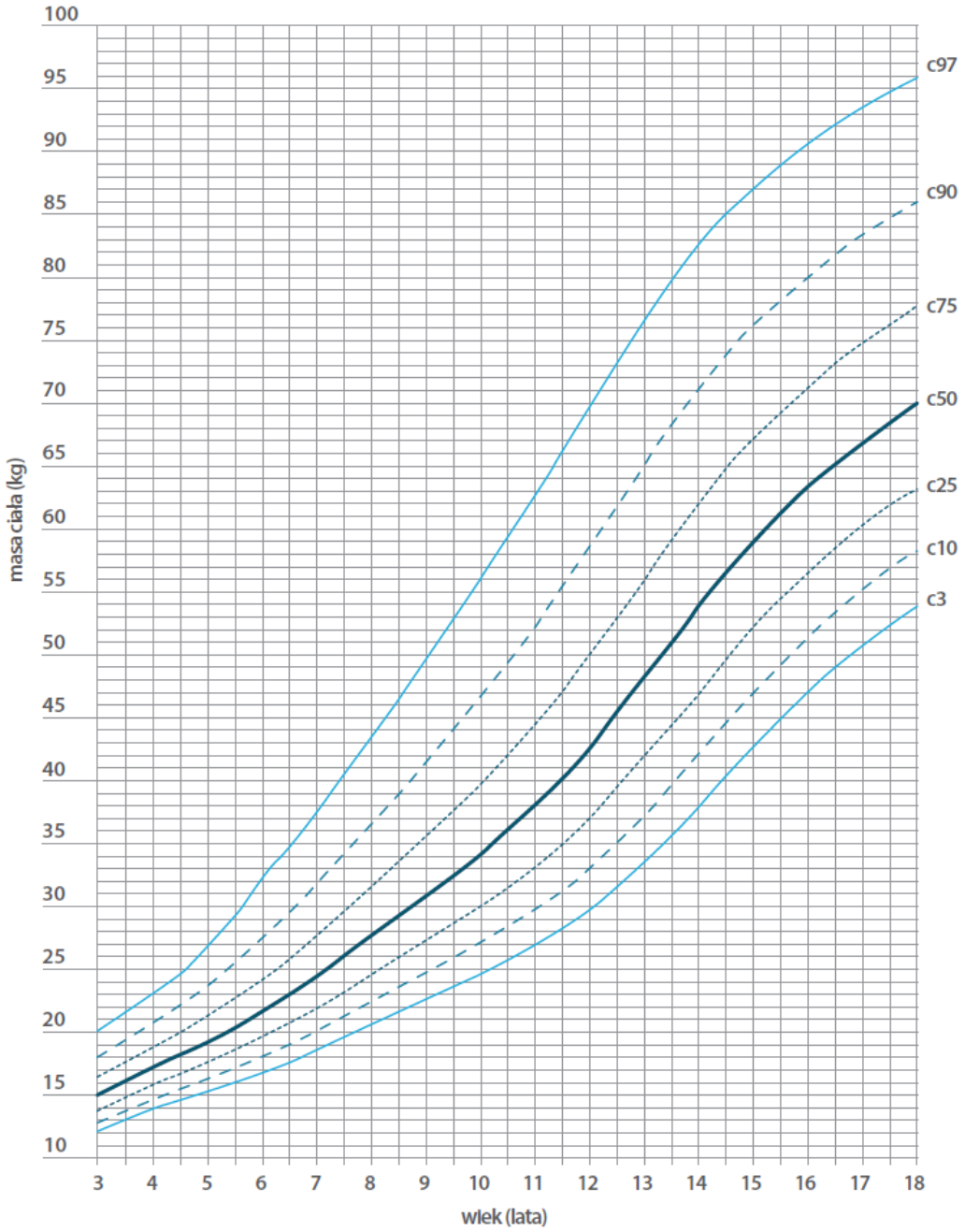
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska--Świątkowka, M. Góźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat", Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa wysokości ciała chłopców w wieku 3–18 lat



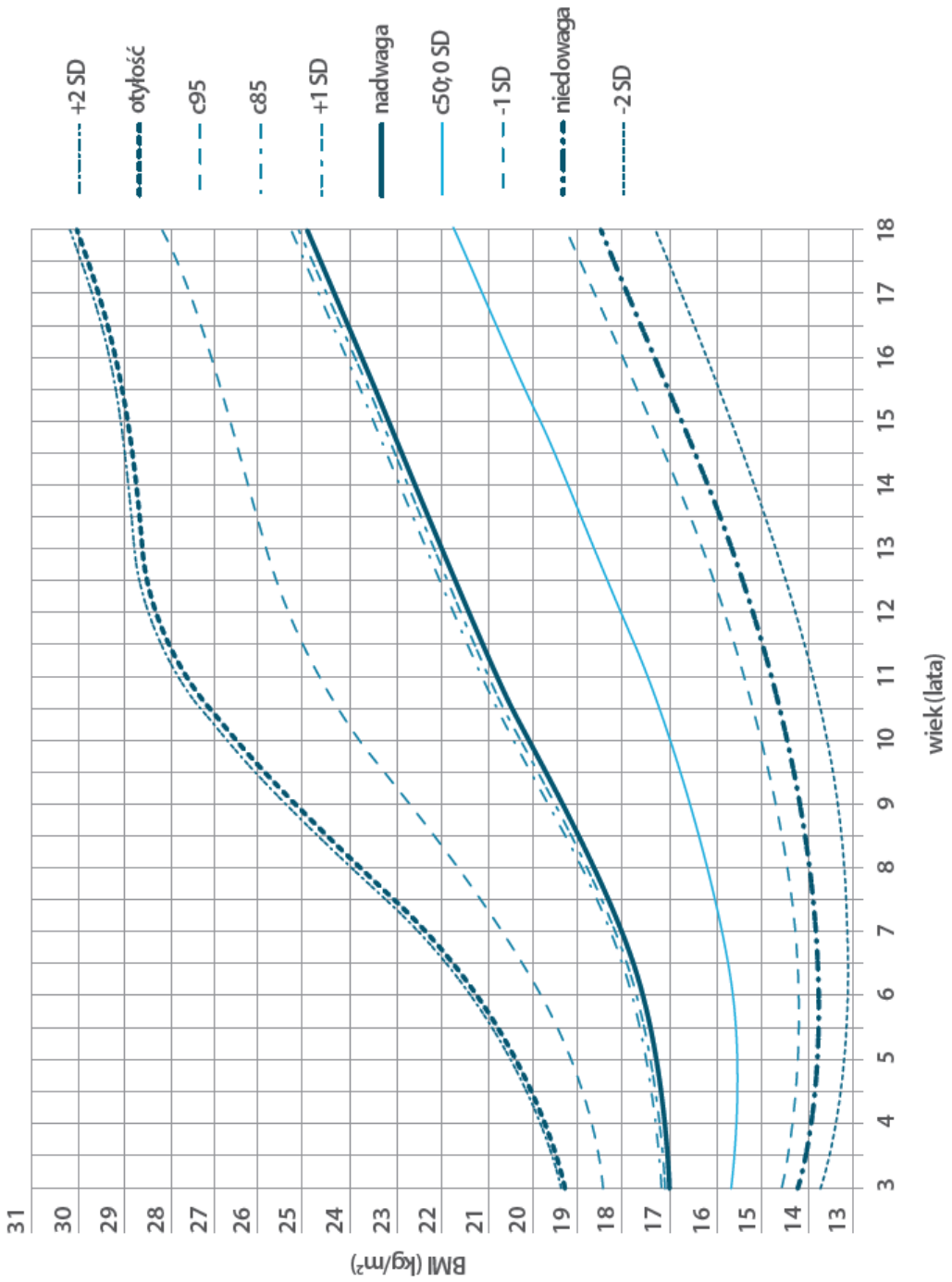
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska--Świątkowka, M. Góźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat", Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Góźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat", Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

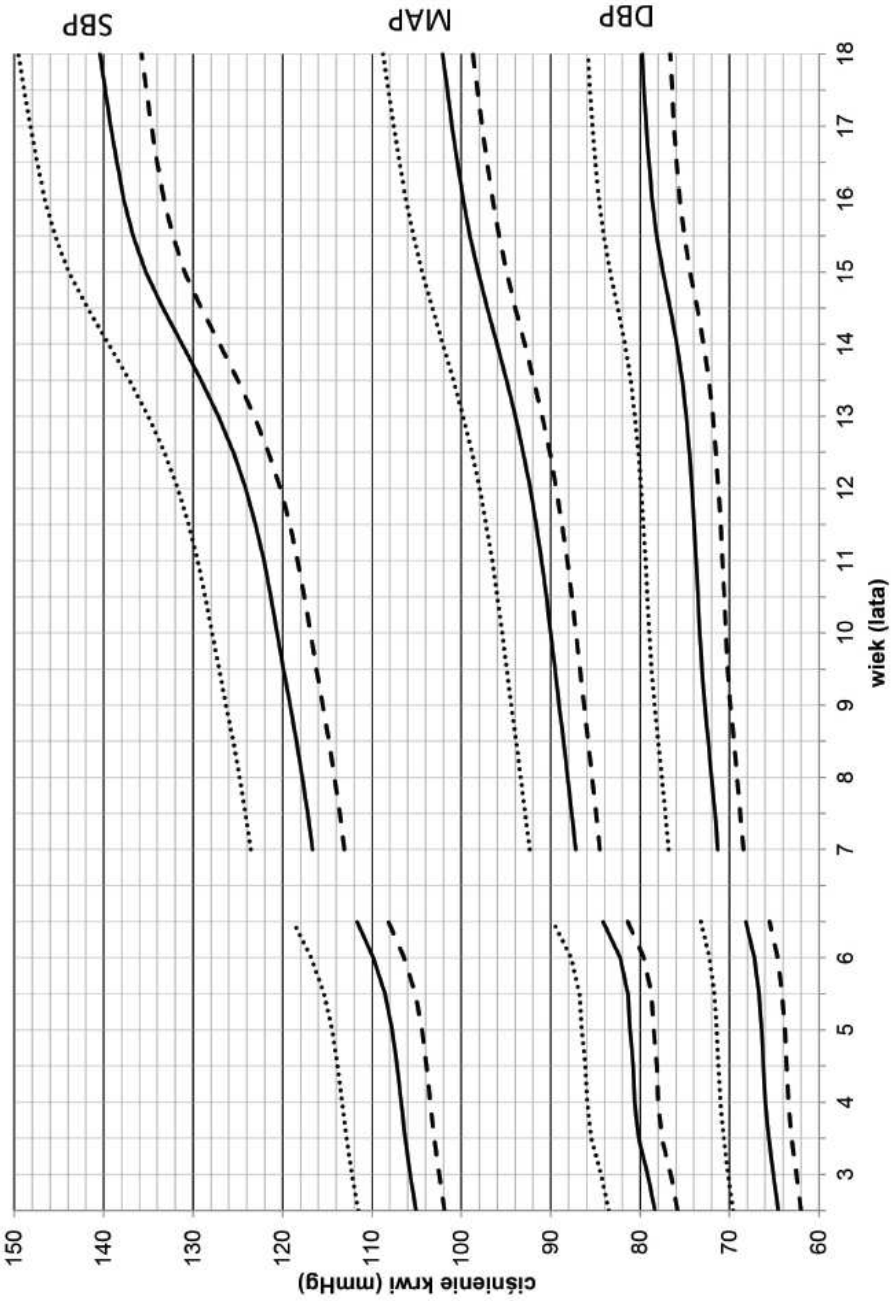
Siatka centylowa BMI chłopców w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Góźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat", Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) chłopców w wieku 3–18 lat

centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska--Świątkowka, M. Góźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat", Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.