

**Karta profilaktycznego badania ucznia klasy „0”
(Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne)**

*Kolejność wypełniania: 1- pielęgniarka, 2- rodzic/opiekun, 3-lekarz
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)*

Nazwisko i imię ucznia.....Płeć M/K.
Data urodzenia PESEL.....

1. INFORMACJE PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

Rozwój fizyczny:

Wysokość ciała.....m centyl wysokości.....

Masa ciała.....kg

BMI.....centyl BMI.....

Zastosowano siatki centylowe (nazwa, rok opracowania) :

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

Inne uwagi:**

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie: bocznego skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko – koślawych

Inne uwagi:**

Ciśnienie tętnicze krwi:.....mmHg,

centyl ciśnienia skurczowego*: poniżej 90 c., pomiędzy 90 a 95 c., powyżej 95 c.

centyl ciśnienia rozkurczowego*: poniżej 90 c., pomiędzy 90 a 95 c., powyżej 95 c.

Wady wymowy występują/nie występują:

Inne uwagi

.....

.....

Data badania..... podpis i pieczęć pielęgniarki szkolnej

.....

2. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

Problemy w rodzinie:(choroby przewlekłe, niepełnosprawności lub inne trudności mogące mieć wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole).....

.....

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje:

Wiek dziecka:rozpoznanie.....

Wiek dziecka:rozpoznanie.....

Wiek dziecka:rozpoznanie.....

Czy dziecko: -ma uczulenie (alergie)*: NIE, TAK – na co

objawy uczulenia

leki

-słyszy*: DOBRZE, ŹLE; widzi*: DOBRZE, ŹLE; ma zez*: NIE., TAK;

-używa*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne

-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 rodzica/ opiekuna prawnego)

3. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowy, niskorosłość, nadwaga, otyłość, niedobór masy ciała,

inne odchylenia**.....

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa

kolana koślawe, stopy płasko – koślawe,

inne dchylenia**.....

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, z zastrzeżeniami**.

Rozwój mowy*: prawidłowy, z zastrzeżeniami**.....

Wady wymowy* NIE, TAK, jakiego typu:.....

Jama ustna, w tym uzębienie **.....

Skóra.....

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

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**.....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie.....

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA*: pełna, niepełna**.....

KWALIFIKACJA DO ZAJĘĆ RUCHOWYCH/WF*: grupa A As B Bk C CL -

zalecenia.....

ZALECENIA dla rodzica i pielęgniarki szkolnej, w tym dotyczące zdrowotnej dojrzałości szkolnej

Zlecenia załączono: tak, nie *

data.....

podpis i pieczęć lekarza.....

oznaczenie świadczeniodawcy

Po przeprowadzeniu badania lekarskiego proszę o przekazanie wypełnionej karty do pielęgniarki szkolnej zgodnie z ustawą z 2019 r (Dz. U. 2019 poz. 1078)

*właściwe podkreślić

**wpisać rodzaj odchyień