

Oznaczenie świadczeniodawcy

Karta profilaktycznego badania ucznia klasy „III”

*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 PIEŁĘGNIARKI 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.....

Widzenie barw*: prawidłowe, nieprawidłowe

Inne zaburzenia**.....

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie: bocznego skrzywienia kręgosłupa,

Inne uwagi**.....

Cięśnienie 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.

Inne uwagi

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

2. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

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

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, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez: stale lub czasem; inne jakie:

Zachowanie dziecka*: nie budzi niepokoju

nadruchliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności

w samoobsłudze, nauce, w zasypianiu, inne niepokojące objawy**.....

Inne uwagi i życzenia rodziców:.....

podpis matki lub ojca (opiekuna)

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

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, z zastrzeżeniami**.

inne odchylenia**

Jama ustna, w tym uzębienie:**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie:

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_S B B_K C C_L - zalecenia:

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach*	TAK, NIE
---	----------

ZALECENIA dla ucznia i rodziców oraz pielęgniarki szkolnej dotyczące opieki czynnej
w szkole:.....

oznaczenie świadczeniodawcy

```
data .
```

podpis i pieczęć lekarza

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 odchylenia**