

Oznaczenie świadczeniodawcy

Karta badania przesiewowego ucznia klasy „V”

Skierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ucznia z dodatnim wynikiem testu przesiewowego:

Nazwisko i imię ucznia

PESEL wiek:

INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ

W wyniku przeprowadzonego badania uzyskano następujące wyniki testów:

Rozwój fizyczny:

Wysokość ciała:..... m..... centyl; Masa ciała kg

BMI centyl BMI

Zastosowano siatki centylowe (nazwa, rok opracowania):.....

Układ ruchu: prawidłowy, podejrzenie zaburzeń, (jakich).....

Ostrość wzroku: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Ciśnienie tętnicze krwi: mm Hg centyl: poniżej 90c., powyżej 90c.

Stwierdzono następujące problemy zdrowotne

.....

.....

.....
data, podpis i pieczęć pielęgniarki

Zalecenia lekarskie:

.....

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

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

Oznaczenie świadczeniodawcy

Karta badania przesiewowego ucznia klasy „V”

Skierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ucznia z dodatnim wynikiem testu przesiewowego

Nazwisko i imię ucznia

PESEL wiek:

INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ

W wyniku przeprowadzonego badania uzyskano następujące wyniki testów:

Rozwój fizyczny:

Wysokość ciała:..... m..... centyl; Masa ciała kg

BMI centyl BMI

Zastosowano siatki centylowe (nazwa, rok opracowania):.....

Układ ruchu: prawidłowy, podejrzenie zaburzeń, (jakich).....

Ostrość wzroku: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Ciśnienie tętnicze krwi: mm Hg centyl: poniżej 90c., powyżej 90c.

Stwierdzono następujące problemy zdrowotne

.....

.....

.....
data, podpis i pieczęć pielęgniarki

Zalecenia lekarskie:

.....

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

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