

Karta profilaktycznego badania
ucznia VII klasy szkoły podstawowej i I klasy szkoły ponadpodstawowej
Kolejność wypełniania: 1- pielęgniarka, 2- rodzic/opiekun, 3-lekarz
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia.....
data urodzenia PESEL..... Płeć.....

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.....

Inne zaburzenia**.....

Słuch: test*: szeptem, audiometryczny: prawidłowy, nieprawidłowy

Inne uwagi:**.....

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie: bocznego skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

Inne uwagi*.....

Ciężenie 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..... 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, napady duszności, paniki, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne jakie:

.....

U dziewcząt: przebieg miesiączkowania (wiek pierwszej miesiączki, regularność i długość krwawień)

.....
Zaburzenia miesiączkowania* NIE, TAK

Epizody odchudzania się: NIE, TAK

Spadki masy ciała *.15% NIE, TAK

Zachowanie dziecka: nadrucliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, w zasypianiu, w nauce, apatia, lęki, wycofanie, zaburzenia koncentracji uwagi i inne niepokojące objawy**:

.....
nie budzi niepokoju*

Inne uwagi i życzenia rodziców:

.....
data

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

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

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

Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera:

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, z zastrzeżeniami**

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia**

.....
Tarczycy*: prawidłowa, wyczuwalne guzki, wole

Jama ustna:**

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

.....
PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie:

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

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

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

Ewentualne przeciwwskazania do dalszej nauki/wyboru zawodu (tylko w klasie VII).

.....
oznaczenie

świadczonodawcy

.....
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