

oznaczenie świadczeniodawcy

**Karta profilaktycznego badania ucznia w 19 roku życia**  
*Kolejność wypełniania: 1- pielęgniarka, 2-lekarz*  
*Po badaniu karta zostaje przekazana do pielęgniarki szkolnej*

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\*\*.....

**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

Inne uwagi

data..... podpis i pieczęć pielęgniarki szkolnej .....

## 2. POZOSTAŁE INFORMACJE O UCZNIU

Przebyte 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 w szkole).....

### Czy uczeń:

- ma uczulenie (alergię)\*: 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 w ostatnich 12 miesiącach\*:

**częste:** bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne  
jakie: .....

Zachowania zdrowotne, sprzyjające i niesprzyjające zdrowiu: długość i jakość snu, aktywność fizyczna w tym uczestnictwo w WF, sposób żywienia).....

data..... podpis pełnoletniego ucznia .....

#### 4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

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

.....  
.....

**Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera:** .....

.....

**Rozwój psychospołeczny\*:** prawidłowy, z zastrzeżeniami\*\* .....

**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

**Układ ruchu\*:** prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, pogłębiona kifoza piersiowa, inne odchylenia\*\* .....

.....

**Tarczyca\*:** prawidłowa, wyczuwalne guzki, wole

**Jama ustna, w tym stan uzębienia\*\*:** .....

.....

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

.....

.....

**PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie:** .....

.....

.....

**ZALECENIA** dotyczące dalszego kształcenia i stylu życia ( w tym zdrowia prokreacyjnego)

.....

.....

.....  
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