

Karta profilaktycznego badania dziecka 6 / 7 letniego*

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

płeć

K	M	klasa
---	---	-------

nazwisko i imię (imiona) ucznia

(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

data
urodzenia

r	r	r	r	r	r	m	m	d	d		

1. INFORMACJE RODZICÓW / OPIEKUNÓW O DZIECKU

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

.....
rok życia |
rodzaj

.....
rok życia |
rodzaj

Problemy zdrowotne dziecka

uczulenia (alergie)** TAK / NIE - na co

objawy uczulenia

słyszy** : DOBRZE, ŹLE, widzi** : DOBRZE, ŹLE; ma zeza** : NIE, TAK

używa** : okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne

przyjmuje leki** TAK / NIE - jakie

jest pod opieką poradni specjalistycznej** TAK / NIE - 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
mocz, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia,

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

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: nie budzi niepokoju, nadrucliwość, agresywność,
nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy

Inne uwagi i życzenia rodziców

nazwisko i imię ucznia

2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ*

Wysokość ciała cm centyl **Masa ciała** kg centyl **BMI** kg/m² centyl

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

Układ ruchu: prawidłowy / podejrzenie: boczne skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko-koślawych

Ciężenie tętnicze krwi: mmHg poniżej 90 centyla / powyżej 90 centyla

Inne uwagi:

.....
oznaczenie podmiotu

.....
data

.....
oznaczenie i podpis pielęgniarki / higienistki szkolnej

3. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO*

Wzrastanie*: prawidłowe / niskorosłość / otyłość / niedobór masy ciała / inne odchylenia

Układ ruchu*: prawidłowy / boczne skrzywienie kręgosłupa**

kolana koślawe / stopy płasko-koślawe / inne odchylenia**

Rozwój psychomotoryczny*: prawidłowy / nieprawidłowy**

Mowa*: prawidłowa / nieprawidłowa **Lateralizacja*:** prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Jama ustna:**

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

Pozostałe układy*: prawidłowe / nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie:

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA*: pełna, niepełna**

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_K C C_l - zalecenia

Zalecenia

* właściwe podkreślić

** wpisać rodzaj odchyień