

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNI
KLASY I SZKOŁY PODSTAWOWEJ / KLASY I SZKOŁY PONADPODSTAWOWEJ**
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)
kolejność wypełniania: 1- nauczyciel, 2- pielęgniarka, 3- rodzic/opiekun, 4-lekarz

Nazwisko i imię:

data urodzenia:

pleć*: K / M

klasa.....

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

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

Rok Życia	Rodzaj

Rok Życia	Rodzaj

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka:

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Czy dziecko:

- 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 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, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jąkanie, inne – jakie:

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK – podać co:

Inne uwagi i Życzenia rodziców:

data:

podpis rodzica / opiekuna:.....

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa – jaka

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej¹

Uzdolnienia:

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia – jakie:

Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej

Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Trudności szkolne*: nie występują, występują – jakie:

Relacje z rówieśnikami*: prawidłowe, nieprawidłowe – jakie:

Inne uwagi:

data:.....

podpis wychowawcy:.....

* Właściwe podkreślić.

¹ Wypełnić na podstawie informacji od nauczyciela wychowania fizycznego;

Nazwisko i imię ucznia:

data:.....

3. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała:cmcentyl **Masa ciała:**kg **BMI:** kg/m² centyl

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

Inne zaburzenia:**

Słuch: test² *: szeptem, audiometryczny*: prawidłowy, nieprawidłowy

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

Ciśnienie tętnicze krwi:mmHgcentyl

Inne uwagi:

Pieczęć i podpis pielęgniarki / higienistki:

.....
pieczęć podmiotu leczniczego
podstawowej opieki zdrowotnej

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia¹

Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera:.....

Wiek menarche: latmies. Przebieg miesiączkowania**:

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa **

inne odchylenia**:

Tarczycy*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości**

Jama ustna:**.....

Skóra:**

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

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK – jakie:

ZALECENIA:

data:.....

podpis i pieczęć lekarza:.....

¹ Wpisać rodzaj odchylenia.