

KARTA BADANIA ROZWOJU I ZDROWIA DZIECKA 6-LETNIEGO

(informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą medyczną)

Nazwisko i imię ucznia

data urodzenia

telefon

1. INFORMACJE RODZICÓW

	OJCIEC	MATKA	RODZENSTWO DZIECKA	
imię			Rok urodzenia	Stan zdrowia
zawód				
wykształcenie				
Stan zdrowia				

Warunki mieszkaniowe*): dobre, średnie, złe. Liczba izbosób.....

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe)

Przebyte przez dziecko choroby, urazy i operacje

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Czy dziecko:

-ma uczulenie (alergie*) NIE, TAK- na co.....
.....objawy uczulenia.....

-Słyszy*): DOBRZE, ŹLE; widzi*): DOBRZE, ŹLE; ma zez*): NIE, TAK

-Używa*): okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne**):.....

-Przyjmuje leki*): NIE, TAK- jakie.....

-Jest pod opieką poradni specjalistycznej*): NIE, TAK- 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 oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel; częsty długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez: stale lub czasem;

inne- jakie.....

Zachowanie dziecka*): nie budzi niepokoju, nadruchliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość,

Mała zaradność, trudności w samoobsłudze

Inne niepokojące objawy.....

Data

Podpis matki lub ojca (opiekuna)

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY

Wymowa*): prawidłowa, nieprawidłowa-jaka.....

Sprawność ruchowa ogólna*): powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Sprawność manualna*): powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Uczeń przy pisaniu posługuje się ręką*): prawą, lewą

Zachowanie*): nie budzi zastrzeżeń, nadruchliwość, nieśmiałość, bierność, płaczliwość,

trudności w koncentracji uwagi, reakcje emocjonalne nieadekwatne do bodźca, konflikty z

równieśnikami, inne.....

Data

podpis wychowawcy

Wysokość ciała.....cm Centyl Masa ciałakg.....centyl
Wzrost: Ostrość wzroku*): bez okularów, w okularach: OP OI.....

Wada refrakcji:.....
Zez*): niewidoczny, widoczny
Cover jest*): ` ujemny, dodatni
Odbicie światła na rogówkach*): symetryczne, niesymetryczne
Słuch*): test*): słowny, audiometryczny*): prawidłowy, nieprawidłowy
Układ ruchu*): prawidłowy, podejrzenie*): skoliozy, koślawości kolan, stóp płasko-koślawych
Inne uwagi:
Wydane skierowanie:

.....
Data

.....
podpis i pieczęć pielęgniarki

4. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*): prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała

Inne odchylenia**):

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

Rozwój psychospołeczny*): prawidłowy, nieprawidłowy **):.....

.....
Układ ruchu*): prawidłowy, skolioza **):

kolana koślawe, stopy płasko-koślawe, inne odchylenia**):.....

.....
Uzębienie*): wyleczone, zęby z próchnicą,*): pojedyncze, liczne

Pozostałe układy*): prawidłowe, nieprawidłowe **):

.....
Problem zdrowotny – rozpoznanie

.....
Zdrowotna gotowość szkolna*): pełna, niepełna **):

.....
Grupa na zajęciach WF *): A, A1, B, Bk, C, C1 – zalecenie

.....
Wydane skierowania.....

Zalecenia

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

.....
*) właściwe podkreślić

**) wpisać inne odchylenia

NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO

FAMILIA

Spółka partnerska

Daniłoś, Głowacka, Nogalska, Skorek

20-629 Lublin ul. Juranda 9 tel. 525-56-47