

Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy I gimnazjum/ klasy I szkoły ponadgimnazjalnej.
Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-rodzic/opiekun, 3-plegniarka, 4-lekarz

(pieczęć szkoły)

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA KLASY I GIMNAZJUM/
KLASY I SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ***
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia

PESEL data urodz., 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:

Zachowanie zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie(alergię)*: NIE, TAK - na co
objawy uczulenia:
- używa*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
- 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, częsty długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne - jakie:

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

Inne uwagi i życzenia rodziców:

.....
(data)

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

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa - jaka

Sprawność słyszczna*: 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 opinii nauczyciela wychowania fizycznego.

3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cm centyl, Masa ciała kg, BMI kg/m² centyl
Wzrok: Ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP OL
Inne zaburzenia**
Słuch*: test: szeptem, audiometryczny: wynik prawidłowy, nieprawidłowy
Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie*: boczno skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej
Ciśnienie tętnicze krwi*: mmHg poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla*
Inne uwagi

(data)

(podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki)

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

Dojrzewanie płciowe według skali Tannera

Wiek menarche: lat mies. Przebieg miesiączkowania*

Tarczyca*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

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

Skóra**

Jama ustna**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie:

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_x C C_c - zalecenia:

Może uczestniczyć w zawodach sportowych i sprawdzianach*: TAK, NIE
OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK - jakie

ZALECENIA:

(data)

(podpis i pieczęć lekarza)

* Dotyczy ucznia I klasy gimnazjum

- Właściwe podkreślić

** Wpisać rodzaj odchylenia