

# KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO DZIECKA 6-LETNIEGO

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

Nazwisko i imię ucznia ....., data urodz. ....

PESEL 

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

## 1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

	OJCIEC	MATKA	RODZENISTWO DZIECKA	
Imię			Rok urodz.	Stan zdrowia
Stan zdrowia				

Warunki mieszkaniowe\*: dobre, średnie, złe. Liczba izb ..... osób .....

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe) .....

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie: .....

Przebyte przez dziecko choroby, urazy i operacje: .....

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergię)\*: NIE TAK-na co .....  
objawy uczulenia .....
- słyszy\*: DOBRZE, ŹLE; widzi\*: DOBRZE, ŹLE; ma zez\*: NIE, TAK.....
- używa\*: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych.....
- 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, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez: stale lub czasem - inne jakie:.....

**Zachowanie dziecka\*:** nie budzi niepokoju, nadruclliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy.....

Inne uwagi i życzenia rodziców .....

.....  
(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, nadruclliwość, nieśmiałość, bierność, płaczliwość, trudności w koncentracji uwagi, reakcje emocjonalne nieadekwatne do bodźca, konflikty z rówieśnikami, inne .....

.....  
(data)

.....  
(podpis wychowawcy)

\* Właściwe podkreślić.

### 3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała ..... cm ..... centyl Masa ciała ..... kg ..... 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\*: bocznego skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan,  
stóp płasko - koślawych  
Ciśnienie tętnicze krwi ..... mmHG, ..... centyl  
Inne uwagi .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki)

### 4. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

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

Układ ruchu\*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa\*\* .....  
kolana koślawe, stopy płasko-koślawe, inne odchylenia\*\* .....

Rozwój psychospołeczny\*: 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<sub>s</sub> B B<sub>k</sub> C C<sub>i</sub> - zalecenia .....

ZALECENIA .....  
.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

\* Właściwe podkreślić.

\*\* Wpisać rodzaj odchylenia.