

# Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy III szkoły podstawowej.

Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-rodzic/opiekun, 3-pielęgniarka, 4-lekarz

(pieczęć szkoły)

## KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA KLASY III SZKOŁY PODSTAWOWEJ

(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: .....

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

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergie)\*: 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, 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 fizyczna\*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej<sup>1)</sup> .....

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)

\* Właściwie podkreślić.

<sup>1</sup> Wypełnić na podstawie opinii nauczyciela wychowania fizycznego.

### 3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała.....cm.....centyl, Masa ciała.....kg, BMI.....kg/m<sup>2</sup>.....centyl

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

Widzenie barw\*: prawidłowe, nieprawidłowe

Inne zaburzenia\*\*.....

Układ ruchu\*: prawidłowy, podejrzenie bocznego skrzywienia kręgosłupa

Cięnienie 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 wg skali Tannera.....

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

Układ ruchu\*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa\*\*.....

Inne odchylenia\*\*.....

Tarczycza\*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości\*\*.....

Jama ustna\*\*.....

Skóra\*\*.....

Pozostałe układy\*: prawidłowe, nieprawidłowe\*\*.....

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie:.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF\*: A A<sub>0</sub> B B<sub>x</sub> C C<sub>L</sub> - zalecenia:.....

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach\*: TAK, NIE

ZALECENIA:.....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

\* Właściwe podkreślić.  
\*\* Wpisać rodzaj odchylenia.