*WZÓR*

**Załącznik nr 6**



**KSIĄŻECZKA ZDROWIA DZIECKA**

Ministerstwo Zdrowia

1. Książeczkę zdrowia dziecka należy przechowywać w sposób uniemożliwiający osobom nieuprawnionym dostęp do zawartych w niej informacji.
2. Książeczkę zdrowia dziecka należy okazywać przy każdym badaniu profilaktycznym, w tym również badaniu stomatologicznym, w celu dokonania wpisu przez lekarza, położną lub pielęgniarkę.
3. Obowiązkiem rodziców jest zgłaszanie się z dzieckiem na szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym.

(art. 17 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ( Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.)

Spis treści

[Dane osobowe dziecka 4](#_bookmark0)

[Informacje o rodzicach/opiekunach dziecka 4](#_bookmark1)

[Okres prenatalny (ciąża) 5](#_bookmark2)

[Poród 7](#_bookmark3)

[Stan noworodka po urodzeniu 8](#_bookmark4)

[Obserwacja noworodka 9](#_bookmark5)

[Informacje dotyczące noworodka w dniu wypisu ze szpitala 11](#_bookmark6)

[Wizyty patronażowe 14](#_bookmark7)

Terminy kolejnych wizyt profilaktycznych w gabinecie lekarskim.…………………… 18

Badania profilaktyczne 0- 4. rok życia 19

[Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej dziecka do ukończenia 4 roku życia .. 39](#_bookmark8) Badania profilaktyczne 5-19. rok życia…………………………………………..……… 40 [Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej 56](#_bookmark9)

[Przebyte choroby zakaźne 57](#_bookmark10)

[Konsultacje specjalistyczne 58](#_bookmark11)

[Uczulenia i reakcje anafilaktyczne 60](#_bookmark12)

[Hospitalizacje 61](#_bookmark13)

[Zaopatrzenie w sprzęt i wyroby medyczne 63](#_bookmark14)

[Zwolnienia z zajęć sportowych 64](#_bookmark15)

[Uwagi 65](#_bookmark16)

# DANE OSOBOWE DZIECKA

1. Nazwisko…………………………………………………………………......................

2. Imię/imiona……………………………………………………………………………... 3. Data urodzenia (rrrr-mm-dd-gg-mm)………………………..………….........................

4. Miejsce urodzenia……………………………………………………...…......................

* 1. Płeć męska □⁪ żeńska □⁮
  2. PESEL

7. Grupa krwi i czynnik Rh1)……………………………………….……………………... Wpisane na podstawie badania nr………………………………………………………

Data…………………………

Oznaczenie osoby dokonującej wpisu…………………………………………………………..

# DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW DZIECKA

* 1. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego……………………………………………..
  2. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego……………………………………………….
  3. Numer telefonu kontaktowego rodziców/opiekunów prawnych………………………..

1) jeżeli oznaczono po urodzeniu

# OKRES PRENATALNY (CIĄŻA)

* 1. Wiek matki:………………
  2. Grupa krwi matki………… Rh…………….
  3. Podano immunoglobulinę anty-D TAK □ NIE □⁮
  4. Ciąża (która z kolei) ………. pojedyncza □⁮ wielopłodowa □⁮
  5. Narażenie na czynniki szkodliwe w czasie ciąży ……………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

(rodzaj czynnika, czas trwania i wiek ciąży)

* 1. Szczepienia wykonane w czasie ciąży…………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

(rodzaj szczepienia; wiek ciąży)

* 1. Leki przyjmowane w czasie ciąży……………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

(dawki, okres przyjmowania; wiek ciąży)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8. | Przebieg ciąży: nieprawidłowości pępowiny  wielowodzie | □  □ |
|  | małowodzie | □ |
|  | hipotrofia płodu symetryczna | □ |
|  | hipotrofia płodu asymetryczna | □ |
|  | wady w budowie ciała płodu | □ |
|  | nieprawidłowe położenie płodu  osłabione ruchy płodu | □  □ |
|  | drgawki u płodu | □ |
|  | zaburzenia czynności serca płodu | □ |
|  | niedokrwistość | □ |
|  | niedoczynność tarczycy | □ |
|  | nadczynność tarczycy  cukrzyca ciężarnych | □  □ |
|  | cukrzyca typu I | □ |
|  | choroby serca | □ |

nadciśnienie □

drgawki □

omdlenia □

inne……………………………………………………………………………………...

.........................................................................................................................................

Data………………………

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę…………………………………………………………

# PORÓD

* 1. Miejsce urodzenia: szpital □⁮ dom □⁮ inne □⁮
  2. Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą…………………….............

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

* 1. Tydzień ciąży …………
  2. Poród: spontaniczny □⁮ indukowany □⁮

pojedynczy □⁮ mnogi □⁮ dziecko, które z kolei…………….. siłami natury □ zabiegowy □

cięcie cesarskie □ kleszcze □ vacuum □ pomoc ręczna □⁮

* 1. Przebieg porodu:

nieprawidłowe położenie/ułożenie płodu □ nieprawidłowa czynność skurczowa macicy □ stan septyczny □ krwawienie w I okresie □⁮

6. Objawy zagrożenia płodu……………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

1. Czas trwania I okresu………… czas trwania II okresu………………………………..
2. Wskazania do porodu zabiegowego…………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

1. Płyn owodniowy: przejrzysty □ mętny □ zielony □ żółty □ krwisty □

cuchnący □ brak □

odpłynął: w czasie porodu □ ………….. godzin przed porodem

1. Sposób łagodzenia bólu porodowego…………………………………………………..

……………………………………. …………………………………………………...

1. Leki stosowane w czasie porodu……………………………………………………….. 12. Uwagi………………………………………………………………………………...…

……………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………….

Data…………………………………………

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę……………………………………………………….

# STAN NOWORODKA PO URODZENIU

* 1. Urodzeniowa masa ciała …………….g centyl………………………………… 2. Długość …………………………….cm

3. Obwód głowy ………………………cm centyl…………………………………

1. Obwód klatki piersiowej ……………cm
2. Ocena wg skali Apgar

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Minuta życia: | **1.** | **3.** | **5.** | **10.** | **(odchylenia w badaniu):** |
| Czynność serca |  |  |  |  |  |
| Oddech |  |  |  |  |  |
| Napięcie mięśni |  |  |  |  |  |
| Odruchy |  |  |  |  |  |
| Zabarwienie skóry |  |  |  |  |  |
| **RAZEM pkt.** |  |  |  |  |  |

1. Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu odśluzowano □

osuszono □

zaopatrzono pępowinę □

zabieg Credego □

witamina K □

podano tlen □⁮ od…… do ……min.

sztuczna wentylacja □⁮ od…… do …...min.

intubacja □⁮ w ……..min.

masaż serca □ od…… do ……min. cewnikowanie naczyń pępowinowych □

1. Krew pępowinowa: (tętnica, żyła) pH ………..BE ………inne…………….
2. Saturacja (mierzona na prawej kończynie górnej, między 2. a 24. godz. życia)……………....…..
3. Echo serca (gdy saturacja poniżej 96 %) …………………………………………………... 10. Leki……………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………….........

1. Kontakt noworodka z matką „skóra do skóry” □⁮

Czas trwania……………, jeżeli krócej niż 2 godziny powód przerwania:……………

……………………………………………………………………………..

1. Czy dziecko zaczęło ssać pierś: TAK □⁮ NIE □⁮

Data……………………………….

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę…………………………………………………………

# OBSERWACJA NOWORODKA W ODDZIALE NOWORODKOWYM

* 1. Najniższa masa ciała: ……………..g w …………dobie
  2. Karmienie: naturalne □ sztuczne □⁮ mieszane □⁮ preparat ……………………
  3. Zadawalająca koordynacja procesu ssanie-połykanie □ dziecko żywotne □ prawidłowy rytm sen/czuwanie □ adekwatne do sytuacji reakcje na: dotyk □ dźwięk □ światło □ zmianę pozycji ciała □
  4. Żółtaczka fizjologiczna: od ………. do …………doby Maksymalne stężenie bilirubiny …………….w …………..dobie

5. Inne……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

1. Badanie przedmiotowe lekarskie………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

1. Poszerzone badanie kliniczne noworodka □⁮ data i godzina…………………. 8. Uwagi…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

9. Wyniki badań dodatkowych……………………………………………………………

….………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

10. Stan pediatryczny wymagający przejściowej obserwacji (do 7 dni) □⁮

11. Rozpoznania i epikryza ………………………………………………………………...

…………………………………………………..………………………………………

.………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………...

Data……………………………

Oznaczenie lekarza……………………………………………………………………………..

# DODATKOWA INFORMACJA O POBYCIE W SZPITALU

Rozpoznania i epikryza…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

Data………………………………

Oznaczenie lekarza……………………………………………………………………….

# DANE NOWORODKA W DNIU WYPISU ZE SZPITALA ALBO PRZEKAZANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM URODZONYM W WARUNKACH POZASZPITALNYCH POD OPIEKĘ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Data (rrrr-mm-dd-gg-mm)……………………………………………………………..

1. Wiek kalendarzowy………………… wiek postkoncepcyjny …….…………..
2. Masa ciała ……….g centyl ………….

4. Długość ciała ………………………………………………

1. Obwód głowy ………..cm centyl………..
2. Ciemię przednie …………… szwy czaszkowe………………….

7. Badanie przedmiotowe ………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

1. Noworodek wypisany ze szpitala do domu □ do innego oddziału □ na żądanie rodziców □
2. Stan noworodka w dniu wypisu albo przekazania opieki zdrowy, bez zastrzeżeń □

wymaga dalszej obserwacji, diagnozowania albo leczenia □

1. Szczepienia obowiązkowe TAK □⁮ NIE □
2. Badania przesiewowe

Pobrano krew na bibułę: TAK □⁮ NIE □

Kod bibuły I i data pobrania…………………………………………………….. Kod bibuły II i data pobrania……………………………………………………..

Jeżeli nie pobrano bibułę z kodem……………………................................................... przekazano.......................................................................................................................

1. Inne badania pobrane w dniu wypisu…………………………………………………... Badanie słuchu I

Data badania (rrrr-mm-dd)……………………………………….

Wynik badania: prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

Badanie słuchu II

Data badania (rrrr-mm-dd)……………………………………….

Wynik badania: prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

1. Wrodzone wady rozwojowe……………………………………………….
2. Zgłoszono do rejestru wrodzonych wad rozwojowych w dniu ………………………... 15. Zalecenia lekarskie:……………………………………………………………………..

........................................................................................................................................

1. Zalecone konsultacje specjalistyczne i badania………………………………………...

…………………………………………………………………………………………. USG stawów biodrowych………………………………………………………………

Badanie okulistyczne (w przypadku niemowląt urodzonych przed 36 tygodniem ciąży, z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu oraz wymagających intensywnej tlenoterapii i fototerapii)……………………………………………………………………………….

1. Przepisane leki, w tym witaminy i mikroelementy……………………………………..

…………………………………………………………………………………………. 18. Inne……………………………………………………………………………………..

19. Karmienie……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….....

20. Zalecenia pielęgnacyjne………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….……

1. Poinformowano o czynnikach ryzyka nagłej śmierci łóżeczkowej TAK □ NIE □
2. Przeprowadzono instruktaż karmienia piersią TAK □⁮ NIE □
3. Poinformowano o konieczności wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej TAK □⁮ NIE □
4. Poinformowano o konieczności wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej TAK □⁮ NIE □

Data…………………………..

Oznaczenie lekarza wypisującego noworodka ze szpitala albo osoby prowadzącej poród…….

…………………………………………………………………………………………………

# SZCZEPIENIA

Wykonane szczepienia należy odnotować w książeczce szczepień wydanej na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), dołączonej do książeczki zdrowia dziecka.

# WIZYTA PATRONAŻOWA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 1-2. tydzień życia

* 1. Wiek kalendarzowy……………….. wiek postkoncepcyjny2)…………………..
  2. Masa ciała ……….kg centyl………………
  3. Długość ciała ……………cm centyl ………………..
  4. Obwód głowy………… cm centyl…………………..
  5. Ciemię przednie ……………… szwy czaszkowe ……………..
  6. Leki stosowane przewlekle……………………………………………………………
  7. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej - guzki Bohna, perły Ebsteina, nadziąślaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)

skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy………………………………………… układ kostno-stawowy…………………………………………...

stan odżywienia…………………………………………………..

* 1. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego) …………………………………………………………………………..……

……………………….……………………………………………………..…………… 9. Ocena neurorozwojowa…………………………………………………...…………….

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: trudności ze ssaniem □ połykaniem □ bezdechy

* + wymioty □ drgawki □ płacz przenikliwy □ kwilenie □ brak reakcji na dźwięki □

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

……………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………….....

........................................................................................................…………………….

1. Warunki mieszkaniowe: bardzo dobre □ dobre □ przeciętne □ złe □
2. Odchylenia w badaniach dodatkowych………………………………………………..

2) dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

13. Zalecenia………………………………………………………………………………..

14. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Żywienie …………………………….. witaminy……………………………………...

15. Konsultacje………………………………………….

16. Badania…………………………………………………………………

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ, PIELĘGNIARKI

* 1. Data I. wizyty…………………
  2. Wiek dziecka………………..

3. Opis wizyty……………………………………………………………………………...

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

4. Sposób żywienia noworodka…………………………………………………………… 5. Zalecenia………………………………………………………………………………..

.........................................................................................................................................

6. Data następnej wizyty………………………..

Data………………..

Oznaczenie położnej, pielęgniarki………………………………………………..

1. Data II. wizyty…………………
2. Wiek dziecka………………..

3. Opis wizyty………………………………………………………………………

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

4. Sposób żywienia noworodka…………………………………………………………… 5. Zalecenia………………………………………………………………………………..

.........................................................................................................................................

6. Data następnej wizyty………………………..

Data………………..

Oznaczenie położnej, pielęgniarki………………………………………………..

1. Data III. wizyty…………………
2. Wiek dziecka………………..

3. Opis wizyty………………………………………………………………………

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

4. Sposób żywienia noworodka……………………………………………………………

5. Zalecenia………………………………………………………………………………..

.........................................................................................................................................

6. Data następnej wizyty………………………..

Data………………..

Oznaczenie położnej, pielęgniarki………………………………………………..

1. Data IV. wizyty…………………
2. Wiek dziecka………………..

3. Opis wizyty…………………………………………………………………………..…

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

4. Sposób żywienia noworodka…………………………………………………………… 5. Zalecenia………………………………………………………………………………..

.........................................................................................................................................

6. Data następnej wizyty………………………..

Data………………..

Oznaczenie położnej, pielęgniarki………………………………………………..

# TERMINY KOLEJNYCH WIZYT PROFILAKTYCZNYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Rodzaj wizyty (szczepienie, bilans) | Podpis lekarza |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6-9. tydzień życia**
   1. Wiek kalendarzowy……………….. wiek postkoncepcyjny2)…………………..
   2. Masa ciała ……….g centyl………….
   3. Długość ciała…….. cm centyl……….
   4. Obwód głowy………… cm centyl ……………
   5. Ciemię przednie ……………… szwy czaszkowe ……………..
   6. Leki stosowane przewlekle……………………………………………………………
   7. Test przesiewowy w kierunku2):

Zaburzeń wzroku: zez widoczny □ niewidoczny □ test Hirschberga ujemny □ dodatni □ odbicie światła w rogówkach symetryczne □ niesymetryczne □ Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy □ nieprawidłowy □

Wnętrostwa: jądra w mosznie □ w kanale pachwinowym □ niewyczuwalne □

* 1. Badanie lekarskie ( zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej (guzki Bohna, perły Ebsteina), nadziąślaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)

skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy………………………………………… układ kostno-stawowy…………………………………………... stan odżywienia………………………………………………….

* 1. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego)……………………………………………………………………………….

……………………….………………………………………………………………… 10. Ocena neurorozwojowa…………………………………………………………….….

…………………………………………………………………………………………..

2) dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: trudności ze ssaniem □ połykaniem □ bezdechy

* + wymioty □ drgawki □ płacz przenikliwy □ kwilenie □ brak reakcji na dźwięki □

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)…………….....……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 13. Zalecenia……………………………………………………………………………….. 14. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy……………………………………..........

15. Konsultacje……………………………………………………………………………..

16. Badania…………………………………………………………………………………

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 3-4. miesiąc życia

* 1. Wiek kalendarzowy……………….. wiek postkoncepcyjny2)…………………..
  2. Masa ciała ……….g centyl………….
  3. Długość ciała…….. cm centyl……….
  4. Obwód głowy………… cm centyl ……………
  5. Ciemię przednie ……………… szwy czaszkowe ……………..
  6. Leki stosowane przewlekle……………………………………………………………
  7. Test przesiewowy w kierunku2):

Zaburzeń wzroku: zez widoczny □ niewidoczny □ test Hirschberga ujemny □ dodatni □ odbicie światła w rogówkach symetryczne □ niesymetryczne □ Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

Wnętrostwa: jądra w mosznie □ w kanale pachwinowym □ niewyczuwalne □

* 1. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku) skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy………………………………………………………………

jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy………………………………………… układ kostno-stawowy…………………………………………... stan odżywienia…………………………………………………..

* 1. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego)…………………………………………………………………………….….

……………………….…………………………………………………….…………… 10. Ocena neurorozwojowa………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………….

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

2) dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Zauważone niepokojące objawy: trudności ze ssaniem □ połykaniem □

nieprawidłowe stolce □ bezdechy □ brak odwracania głowy w kierunku dźwięku

* + brak łączenia rąk w linii środkowej □⁮ wymioty □ drgawki □

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)…………….....……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………….……………………….. 13. Zalecenia……………………………………………………………………………….. 14. Porada żywieniowa…………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy……………………………………...…...

15. Konsultacje………………………………………………………………………….….

16. Badania…………………………………………………………………………………

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6. miesiąc życia

* 1. Wiek kalendarzowy ……………….. wiek postkoncepcyjny2)…………………..
  2. Masa ciała ……….g centyl………….
  3. Długość ciała…….. cm centyl……….
  4. Obwód głowy………… cm centyl ……………
  5. Ciemię przednie ……………… szwy czaszkowe ……………..
  6. Leki stosowane przewlekle……………………………………………………………
  7. Test przesiewowy w kierunku2):

Zaburzeń wzroku: zez widoczny □ niewidoczny □ test Hirschberga ujemny □ dodatni □ odbicie światła w rogówkach symetryczne □ niesymetryczne □ Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

Wnętrostwa: jądra w mosznie □ w kanale pachwinowym □ niewyczuwalne □

* 1. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy)

skóra……………………………………………………………… głowa……………………………………………………………... szyja………………………………………………………………. oczy………………………………………………………………. uszy………………………………………………………………. jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy………………………………………… układ kostno-stawowy…………………………………………… stan odżywienia…………………………………………………..

* 1. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzenie żywności dodatkowej)………………………………………………………..

…..………………………………………………………………………………………..

……………………….………………………………………………………………..… 10. Ocena neurorozwojowa…………………………………………………………............

………………………………………………………………………………………….

2) dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: trudności z karmieniem □ bezdechy □

wymioty □ drgawki □ nieprawidłowe stolce □ brak reakcji na dzwonek, telefon, głos opiekuna □ brak zainteresowania zabawkami □ brak obrotu na boki i na brzuch □

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)…………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 13. Zalecenia……………………………………………………………………………….. 14. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy………………………………...………...

15. Konsultacje……………………………………………………………………..……….

16. Badania…………………………………………………………….……………………

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 9. miesiąc życia

* 1. Wiek kalendarzowy ………………… wiek postkoncepcyjny2) ……………………..
  2. Masa ciała ……….g centyl………….
  3. Długość ciała…….. cm centyl……….
  4. Obwód głowy………… cm centyl ……………
  5. Ciemię przednie ……………… szwy czaszkowe ……………..
  6. Leki stosowane przewlekle……………………………………………………………
  7. Test przesiewowy w kierunku2):

Zaburzeń wzroku: zez widoczny □ niewidoczny □ test Hirschberga ujemny □ dodatni □ odbicie światła w rogówkach symetryczne □ niesymetryczne □ Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy □ nieprawidłowy □

Wnętrostwa: jądra w mosznie □ w kanale pachwinowym □ niewyczuwalne □

* 1. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy………………………………………… układ kostno-stawowy…………………………………………… stan odżywienia……………………………………………………

* 1. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzenie żywności dodatkowej)………………………………………………………..

…..………………………………………………………………………………………..

……………………….……………………………………………………………… 10. Ocena neurorozwojowa…………………………………………………………………

.........................................................................................................................................

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

2) dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Zauważone niepokojące objawy: trudności z karmieniem □ bezdechy □

wymioty □ drgawki □ nieprawidłowe stolce □ trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra □ brak strumienia mikcji □ częste infekcje □ brak reakcji na ciche dźwięki □ brak ciągu sylab da-da-da □ stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową □

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)…………….....……………………………………………………………………

……………………………………….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 13. Zalecenia……………………………………………………………………………….. 14. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy……………………………………..…...

15. Konsultacje…………………………………………………………………………….

16. Badania…………………………………………………………………..……………

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 12. miesiąc życia

* 1. Wiek kalendarzowy ………………… wiek postkoncepcyjny2) ……………………..
  2. Masa ciała ……….g centyl………….
  3. Długość ciała…….. cm centyl……….
  4. Obwód głowy………… cm centyl ……………
  5. Ciemię przednie ……………… szwy czaszkowe ……………..
  6. Leki stosowane przewlekle……………………………………………………………
  7. Test przesiewowy w kierunku2):

Zaburzeń wzroku: zez widoczny □ niewidoczny □ test Hirschberga ujemny □ dodatni □ odbicie światła w rogówkach symetryczne □ niesymetryczne □ Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

Wnętrostwa: jądra w mosznie □ w kanale pachwinowym □ niewyczuwalne □

* 1. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch…………………………………………………………… układ moczowo-płciowy………………………………………… układ kostno-stawowy…………………………………………… stan odżywienia…………………………………………………..

* 1. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzenie żywności dodatkowej)………………………………………………………..

…..………………………………………………………………………………………..

……………………….………………………………………………………………….. 10. Ocena neurorozwojowa ………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………….

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

2) dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Zauważone niepokojące objawy: trudności z karmieniem □ bezdechy □

wymioty □ drgawki □ nieprawidłowe stolce □ trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra □ brak strumienia mikcji □ częste infekcje □ brak reakcji na ciche dźwięki □ brak ciągu sylab da-da-da □ stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową □

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)…………….....……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………….……………….. 13. Zalecenia……………………………………………………………………………….. 14. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

15. Konsultacje………………………………………………………………………….….

16. Badania…………………………………………………………………………………

17. Badanie okulistyczne…………………………………………………………….……..

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 18. miesiąc życia - BILANS

* 1. Wiek kalendarzowy ………………… wiek postkoncepcyjny2) ……………………..
  2. Masa ciała ……….g centyl………….
  3. Wzrost …….. cm centyl……….
  4. Obwód głowy………… cm centyl ……………
  5. Ciemię przednie ……………… szwy czaszkowe ……………..
  6. Leki stosowane przewlekle……………………………………………………………
  7. Test przesiewowy w kierunku2):

Zaburzeń wzroku: zez widoczny □ niewidoczny □ test Hirschberga ujemny □ dodatni □ odbicie światła w rogówkach symetryczne □ niesymetryczne □ Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

Wnętrostwa: jądra w mosznie □ w kanale pachwinowym □ niewyczuwalne □

* 1. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………

* 1. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzenie żywności dodatkowej)………………………………………………………..

…..………………………………………………………………………………………..

……………………….…………………………………………………………………..

* 1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

2) dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Zauważone niepokojące objawy: trudności z karmieniem □ bezdechy □

wymioty □ drgawki □ nieprawidłowe stolce □ trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra □ brak strumienia mikcji □ częste infekcje □ brak należnego dla wieku rozwoju mowy: brak zdań dwuwyrazowych □ brak używania trzeciej osoby □ brak należnego dla wieku rozumienia mowy: brak pokazywania części ciała □ brak spełniania prostych poleceń □ zaburzenia zachowania □ zaburzenia snu □ brak pierwszych swobodnych kroków po 15. miesiącu życia □ brak wchodzenia na schody z trzymaniem poręczy □

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)…………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

* 1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 12. Zalecenia………………………………………………………………………………. 13. Porada żywieniowa………………………………………………………………….….

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

14. Konsultacje……………………………………………………………………………..

15. Badania…………………………………………………………………………………

(Wypełnić cz. XIX )

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# BILANS - PODSUMOWANIE OBSERWACJI DZIECKA 18-MIESIĘCZNEGO

1. Rozwój fizyczny…………………………………………………………………….

2. Stan pediatryczny……………………………………………………………………

3. Rozwój psychoruchowy: (kontrola postawy i lokomocji, motoryka i koordynacja wzrokowo- ruchowa, mowa, emocje i kontakty społeczne)………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………… 4. Problemy………………………………………………………………………………

……………..……………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

5. Dziecko zdrowe □ do dalszej obserwacji □ choroba przewlekła □

6. Rozpoznanie kliniczne………………………………………………………………….

7. Zalecenia………………………………………………………………………………..

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 2. rok życia

* 1. Wiek kalendarzowy ………………… wiek postkoncepcyjny2) ……………………..
  2. Masa ciała ……….g centyl………….
  3. Wzrost…….. cm centyl……….
  4. Obwód głowy………… cm centyl ……………
  5. Ciemię przednie ……………… szwy czaszkowe ……………..
  6. Leki stosowane przewlekle…………………………… 7. RR…………………………

1. Test przesiewowy w kierunku2):

Zaburzeń wzroku: zez widoczny □ niewidoczny □ test Hirschberga ujemny □ dodatni □ odbicie światła w rogówkach symetryczne □ niesymetryczne □ Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

Wnętrostwa: jądra w mosznie □ w kanale pachwinowym □ niewyczuwalne □

1. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………

1. Żywienie (karmienie piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego),

……………………………………………………..……………………………………………………….

…..………………………………………………………………………………………..

……………………….…………………………………………………………………..

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

2) dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Zauważone niepokojące objawy: trudności z karmieniem □ bezdechy □

wymioty □ drgawki □ nieprawidłowe stolce □ trudności z mikcją, pieluchowanie □ brak strumienia mikcji □ częste infekcje □ brak należnego dla wieku rozwoju mowy: brak zdań dwuwyrazowych □ brak używania trzeciej osoby □ brak należnego dla wieku rozumienia mowy: brak pokazywania części ciała □ brak spełniania prostych poleceń □ zaburzenia zachowania □ zaburzenia snu □ brak pierwszych swobodnych kroków po 15. miesiącu życia □ brak wchodzenia na schody z trzymaniem poręczy □

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)…………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 13. Zalecenia………………………………………………………………………………. 14. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

15. Konsultacje……………………………………………………………………………..

16. Badania…………………………………………………………………………………

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 3. rok życia

* 1. Wiek kalendarzowy …………… wiek postkoncepcyjny2) ………………
  2. Masa ciała ……….g centyl………….
  3. Wzrost…….. cm centyl……….. 4. BMI………………..

5. RR…………………

1. Leki stosowane przewlekle……………………………………………………………
2. Test przesiewowy w kierunku2):

Zaburzeń wzroku: zez widoczny □ niewidoczny □ test Hirschberga ujemny □ dodatni □ odbicie światła w rogówkach symetryczne □ niesymetryczne □ Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

Wnętrostwa: jądra w mosznie □ w kanale pachwinowym □ niewyczuwalne □

1. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na stan uzębienia, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………

1. Żywienie (częstotliwość posiłków i objętość)….………………………………………………………..

…..………………………………………………………………………………………..

……………………….…………………………………………………………………..

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: bezdechy □ wymioty □ drgawki □ urazy □

2) dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia)

………………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 12. Zalecenia………………………………………………………………………………. 13. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

14. Konsultacje……………………………………………………………………………..

15. Badania…………………………………………………………………………………

(Wypełnić cz. XXII )

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# PODSUMOWANIE OBSERWACJI DZIECKA 3-LETNIEGO - BILANS

1. Rozwój fizyczny…………………………………………………………………….

2. Stan pediatryczny……………………………………………………………………

3. Rozwój psychoruchowy: (kontrola postawy i lokomocji, motoryka i koordynacja wzrokowo- ruchowa, mowa, emocje i kontakty społeczne)………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………… 4. Problemy………………………………………………………………………………

……………..……………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

5. Dziecko zdrowe □ do dalszej obserwacji □ choroba przewlekła □

6. Rozpoznanie kliniczne………………………………………………………………….

7. Zalecenia………………………………………………………………………………..

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 4. rok życia

1. Wiek ………………..

1. Masa ciała ……….g centyl………….
2. Wzrost…….. cm centyl………..

4. BMI……………….. centyl……………

5. RR………………… centyl…………….

1. Leki stosowane przewlekle……………………………………………………………
2. Test przesiewowy w kierunku2):

Zaburzeń wzroku: zez widoczny □ niewidoczny □ test Hirschberga ujemny □ dodatni □ odbicie światła w rogówkach symetryczne □ niesymetryczne □ Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy □⁮ nieprawidłowy □

Wnętrostwa: jądra w mosznie □ w kanale pachwinowym □ niewyczuwalne □

1. Badanie lekarskie skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………
2. Sprawność ruchowa i koordynacja……….………………………………………………………..
3. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy………………………………………………..
4. Rozwój emocjonalny/społeczny ………………………………………………………...
5. Ocena aktywności fizycznej ……………………………………………………………. 13. Problemy zdrowotne…………………………………………………………………….

..........................................................................................................................................

14. Leczenie przewlekłe……………………………………………………………………..

2) dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

…………………………………………………………………………………………..

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

………………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 17. Zalecenia………………………………………………………………………………. 18. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

19. Konsultacje……………………………………………………………………………..

20. Badania…………………………………………………………………………………

Data……………………..

Oznaczenie lekarza…………………………………………..

# BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ DZIECKA DO UKOŃCZENIA 4. ROKU ŻYCIA3)

Data wizyty adaptacyjnej:

**M**-zęby mleczne, **S** –zęby stałe

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wiek** | **1. r.ż.** | **2. r.ż.** | **3. r.ż.** | **4 r.ż.** |
| Zęb**y** | **M** | **M** | **M** | **M** |
| Liczba całkowita |  |  |  |  |
| Z próchnicą **P** |  |  |  |  |
| Usuniętych **U** |  |  |  |  |
| Wypełnionych **W** |  |  |  |  |
| Defekty szkliwa |  |  |  |  |
| Złogi nazębne |  |  |  |  |
| Urazy zębów |  |  |  |  |
| Zgryz |  |  |  |  |
| Język |  |  |  |  |
| Stan przyzębia |  |  |  |  |
| Parafunkcje |  |  |  |  |
| Częstość szczotkowania pastą z fluorem |  |  |  |  |
| Ryzyko próchnicy |  |  |  |  |
| Zalecenia |  |  |  |  |
| Data,  oznaczenie lekarza dentysty |  |  |  |  |

3) wypełnia lekarz dentysta

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 5-6. rok życia (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne) - BILANS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wiek …………………………. |  |
| 2. | Masa ciała…………….. centyl………. |
| 3. | Wzrost …………………centyl………. |
| 4. | BMI ……………………centyl………. |
| 5. | RR…………………… centyl………. |
| 6. | Dieta………………………………….. |
| 7. | Testy przesiewowe |
|  | Wzrok: ostrość wzroku bez okularów □ | w okularach □ OP ………OL ………. |
|  | wada refrakcji…………. widzenie barw inne zaburzenia………………………… | prawidłowe □ nieprawidłowe □ |

Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy □ nieprawidłowy □

Układ ruchu: prawidłowy □ boczne skrzywienie kręgosłupa □

kolana koślawe □ stopy płasko-koślawe □

inne odchylenia……………………………

1. Badanie lekarskie skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………
2. Sprawność ruchowa i koordynacja……….………………………………………………………..
3. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy………………………………………………..
4. Rozwój emocjonalny/społeczny ………………………………………………………...
5. Ocena aktywności fizycznej …………………………………………………………….
6. Ocena zdrowotnej dojrzałości szkolnej i lateralizacji (przy rozpoczęciu nauki)………

……..……………………………………………………………………………………..

14. Problemy zdrowotne…………………………………………………………………….

..........................................................................................................................................

15. Leczenie przewlekłe……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

………………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 18. Zalecenia………………………………………………………………………………. 19. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………… Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

20. Konsultacje……………………………………………………………………………..

21. Badania………………………………………………………………………………… 22. Ocena gotowości szkolnej………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

23. Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego………………………………………...

Data…………….

Oznaczenie lekarza……………………………………………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6-7. rok życia (I klasa szkoły podstawowej)

1. Wiek ………………………….

1. Masa ciała…………….. centyl……….
2. Wzrost …………………centyl………. 4. BMI ……………………centyl………. 5. RR…………………… centyl………. 6. Dieta…………………………………..
3. Testy przesiewowe

Wzrok: ostrość wzroku bez okularów □ w okularach □ OP ………OL ………. wada refrakcji…………. widzenie barw prawidłowe □ nieprawidłowe □ inne zaburzenia ……………..

Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy □ nieprawidłowy □

Układ ruchu: prawidłowy □ boczne skrzywienie kręgosłupa □

inne odchylenia……………………………

1. Badanie lekarskie skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………
2. Sprawność ruchowa i koordynacja……….………………………………………………………..
3. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy………………………………………………..
4. Rozwój emocjonalny/społeczny ………………………………………………………...
5. Ocena aktywności fizycznej ……………………………………………………………. 13. Problemy zdrowotne…………………………………………………………………….

..........................................................................................................................................

14. Leczenie przewlekłe……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

………………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 17. Zalecenia………………………………………………………………………………. 18. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

19. Konsultacje……………………………………………………………………………..

20. Badania…………………………………………………………………………………

Data…………….

Oznaczenie lekarza……………………………………………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 8-9. rok życia (III klasa szkoły podstawowej)

1. Wiek ………………………….

1. Masa ciała…………….. centyl……….
2. Wzrost …………………centyl………. 4. BMI ……………………centyl………. 5. RR…………………… centyl………. 6. Dieta…………………………………..
3. Testy przesiewowe

Wzrok: ostrość wzroku bez okularów □ w okularach □ OP ………OL ………. wada refrakcji…………. widzenie barw prawidłowe □ nieprawidłowe □ inne zaburzenia ……………..

Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy □ nieprawidłowy □

Układ ruchu: prawidłowy □ boczne skrzywienie kręgosłupa □

inne odchylenia……………………………

1. Badanie lekarskie skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………
2. Sprawność ruchowa i koordynacja……….………………………………………………………..
3. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy ……………………………………………….
4. Rozwój emocjonalny/społeczny ………………………………………………………... 12. Ocena dojrzałości płciowej……………………………………………………………...

13. Ocena aktywności fizycznej ……………………………………………………………. 14. Problemy zdrowotne…………………………………………………………………….

..........................................................................................................................................

15. Leczenie przewlekłe……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

………………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 18. Zalecenia………………………………………………………………………………. 19. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

20. Konsultacje……………………………………………………………………………..

21. Badania…………………………………………………………………………………

Data…………….

Oznaczenie lekarza……………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **XXVIII. WIZYTA** | **PROFILAKTYCZNA** | **U** | **LEKARZA** |
| **PODSTAWOWEJ** | **OPIEKI ZDROWOTNEJ** | **10-11.** | **rok życia** |

# (V klasa szkoły podstawowej)

1. Wiek ………………………….

1. Masa ciała…………….. centyl……….
2. Wzrost …………………centyl………. 4. BMI ……………………centyl………. 5. RR…………………… centyl………. 6. Dieta…………………………………..
3. Testy przesiewowe

Wzrok: ostrość wzroku bez okularów □ w okularach □ OP ………OL ………. wada refrakcji…………. widzenie barw prawidłowe □ nieprawidłowe □ inne zaburzenia ……………..

Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy □ nieprawidłowy □

Układ ruchu: prawidłowy □ boczne skrzywienie kręgosłupa □

inne odchylenia……………………………

1. Badanie lekarskie skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………
2. Sprawność ruchowa i koordynacja………………………………………………………
3. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy………………………………………………..
4. Rozwój emocjonalny/społeczny ………………………………………………………...
5. Ocena dojrzewania płciowego…………………………………………………………..
6. Ocena aktywności fizycznej ……………………………………………………………. 14. Problemy zdrowotne…………………………………………………………………….

..........................................................................................................................................

15. Leczenie przewlekłe……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

………………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 18. Zalecenia………………………………………………………………………………. 19. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

20. Konsultacje……………………………………………………………………………..

21. Badania…………………………………………………………………………………

Data…………….

Oznaczenie lekarza……………………………………………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 12-13. rok życia (I klasa gimnazjum)

1. Wiek ………………………….

1. Masa ciała…………….. centyl……….
2. Wzrost …………………centyl………. 4. BMI ……………………centyl………. 5. RR…………………… centyl………. 6. Dieta…………………………………..
3. Testy przesiewowe

Wzrok: ostrość wzroku bez okularów □ w okularach □ OP ………OL ………. wada refrakcji…………. widzenie barw prawidłowe □ nieprawidłowe □ inne zaburzenia ……………..

Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy □ nieprawidłowy □

Układ ruchu: prawidłowy □ boczne skrzywienie kręgosłupa □

nadmierna kifoza piersiowa □ inne odchylenia……………………………

1. Badanie lekarskie skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………
2. Sprawność ruchowa i koordynacja………………………………………………………
3. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy ……………………………………………….
4. Rozwój emocjonalny/społeczny ………………………………………………………...
5. Ocena dojrzewania płciowego…………………………………………………………..
6. Ocena aktywności fizycznej ……………………………………………………………. 14. Problemy zdrowotne…………………………………………………………………….

..........................................................................................................................................

15. Leczenie przewlekłe……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

………………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 18. Zalecenia………………………………………………………………………………. 19. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

20. Konsultacje……………………………………………………………………………..

21. Badania…………………………………………………………………………………

Data…………….

Oznaczenie lekarza……………………………………………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 14. rok życia (III klasa gimnazjum)

1. Wiek ………………………….

1. Masa ciała…………….. centyl……….
2. Wzrost …………………centyl………. 4. BMI ……………………centyl………. 5. RR…………………… centyl………. 6. Dieta…………………………………..
3. Testy przesiewowe

Wzrok: ostrość wzroku bez okularów □ w okularach □ OP ………OL ………. wada refrakcji…………. inne zaburzenia □……………..

Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy □ nieprawidłowy □

Układ ruchu: prawidłowy □ boczne skrzywienie kręgosłupa □

nadmierna kifoza piersiowa □ inne odchylenia……………………………

1. Badanie lekarskie skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………
2. Sprawność ruchowa i koordynacja …….………………………………………………………..
3. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy………………………………………………
4. Rozwój emocjonalny/społeczny ………………………………………………………...
5. Ocena dojrzewania płciowego…………………………………………………………..
6. Ocena aktywności fizycznej ……………………………………………………………. 14. Problemy zdrowotne…………………………………………………………………….

..........................................................................................................................................

15. Leczenie przewlekłe……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

………………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 18. Zalecenia………………………………………………………………………………. 19. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

20. Konsultacje……………………………………………………………………………..

21. Badania…………………………………………………………………………………

Data…………….

Oznaczenie lekarza……………………………………………………………………………..

# WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 15-16. rok życia (I klasa szkoły ponadgimnazjalnej)

1. Wiek ………………………….

1. Masa ciała…………….. centyl……….
2. Wzrost …………………centyl………. 4. BMI ……………………centyl………. 5. RR…………………… centyl………. 6. Dieta…………………………………..
3. Testy przesiewowe

Wzrok: ostrość wzroku bez okularów □ w okularach □ OP ………OL ………. wada refrakcji…………. inne zaburzenia □……………..

Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy □ nieprawidłowy □

Układ ruchu: prawidłowy □ boczne skrzywienie kręgosłupa □

nadmierna kifoza piersiowa □ inne odchylenia……………………………

1. Badanie lekarskie skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………
2. Sprawność ruchowa i koordynacja……….………………………………………………………..
3. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy ……………………………………………..
4. Rozwój emocjonalny/społeczny ………………………………………………………...
5. Ocena dojrzewania płciowego…………………………………………………………..
6. Ocena aktywności fizycznej ……………………………………………………………. 14. Problemy zdrowotne…………………………………………………………………….

..........................................................................................................................................

15. Leczenie przewlekłe……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

………………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 18. Zalecenia………………………………………………………………………………. 19. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

20. Konsultacje……………………………………………………………………………..

21. Badania…………………………………………………………………………………

Data…………….

Oznaczenie lekarza……………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **XXXII. WIZYTA PODSTAWOWEJ** | | **PROFILAKTYCZNA OPIEKI ZDROWOTNEJ** | **U**  **18-19.** | **LEKARZA**  **rok życia** |
|  | **(ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej)** | |  | |
| 1. | Wiek …………………………. | |  | |
| 2. | Masa ciała…………….. centyl………. | |  | |
| 3. | Wzrost …………………centyl………. | |  | |
| 4. | BMI ……………………centyl………. | |  | |
| 5. | RR…………………… centyl………. | |  | |
| 6. | Dieta………………………………….. | |  | |
| 7. | Testy przesiewowe | |  | |
|  | Wzrok: ostrość wzroku bez okularów □ w okularach □ | | OP ………OL ………. | |
|  | wada refrakcji…………. inne zaburzenia □…………….. | |  | |

Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy □ nieprawidłowy □

Układ ruchu: prawidłowy □ boczne skrzywienie kręgosłupa □

nadmierna kifoza piersiowa □ inne odchylenia……………………………

1. Badanie lekarskie skóra……………………………………………………………… głowa…………………………………………………………….. szyja……………………………………………………………… oczy……………………………………………………………… uszy……………………………………………………………… jama ustna/gardło………………………………………………… węzły chłonne …………………………………………………… płuca……………………………………………………………… serce……………………………………………………………… brzuch……………………………………………………………. układ moczowo-płciowy…………………………………………. układ kostno-stawowy……………………………………………. stan odżywienia……………………………………………………
2. Sprawność ruchowa i koordynacja…….………………………………………………………..
3. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy………………………………………………..
4. Rozwój emocjonalny/społeczny ………………………………………………………...
5. Ocena dojrzewania płciowego…………………………………………………………..
6. Ocena aktywności fizycznej ……………………………………………………………. 14. Problemy zdrowotne…………………………………………………………………….

..........................................................................................................................................

15. Leczenie przewlekłe……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

………………….....……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………..…….

1. Odchylenia w badaniach dodatkowych……………………………………………….. 18. Zalecenia………………………………………………………………………………. 19. Porada żywieniowa……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….. Dieta…………………………….. witaminy…………………………………….........

20. Konsultacje……………………………………………………………………………..

21. Badania…………………………………………………………………………………

Data…………….

Oznaczenie lekarza……………………………………………………………………………..

# BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ3)

M-zęby mleczne, S –zęby stałe

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wiek** | **5 lat** | | **I klasa szkoły podstaw.** | | **III klasa szkoły podstaw.** | | **I klasa. gimnazjum** | | **I klasa szkoły ponad gimnazjalnej** | **III klasa Ponad gimnazjalna** |
| Zęb**y** | **M** | **S** | **M** | **S** | **M** | **S** | **M** | **S** | **S** | **S** |
| Liczba całkowita |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Z próchnicą P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Usuniętych U |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wypełnionych W |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Defekty szkliwa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Złogi nazębne |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Urazy zębów |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zgryz |  | |  | |  | |  | |  |  |
| Język |  | |  | |  | |  | |  |  |
| Stan przyzębia |  | |  | |  | |  | |  |  |
| Parafunkcje |  | |  | |  | |  | |  |  |
| Częstość szczotkowania pastą z fluorem |  | |  | |  | |  | |  |  |
| Ryzyko próchnicy |  | |  | |  | |  | |  |  |
| Zalecenia |  | |  | |  | |  | |  |  |
| Data, oznaczenie lekarza dentysty |  | |  | |  | |  | |  |  |

3) wypełnia lekarz dentysta

# PRZEBYTE CHOROBY ZAKAŹNE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Data zachorowania** | **Oznaczenie lekarza** |
| **Odra** |  |  |
| **Ospa wietrzna** |  |  |
| **Krztusiec** |  |  |
| **Różyczka** |  |  |
| **Szkarlatyna** |  |  |
| **Wirusowe zapalenie wątroby** |  |  |
| **Świnka** |  |  |
| **Inne** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data pierwszej wizyty** | **Poradnia** | **Uwagi** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE Cd.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data pierwszej wizyty** | **Poradnia** | **Uwagi** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **UCZULENIA I REAKCJE ANAFILAKTYCZNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Na co** | **Data** | **Postępowanie** | **Oznaczenie lekarza** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **HOSPITALIZACJE**

|  |  |
| --- | --- |
| Oznaczenie Szpitala  pobyt od do | **Rozpoznanie:** |
| Oznaczenie Szpitala  pobyt od do | **Rozpoznanie:** |
| Oznaczenie Szpitala  pobyt od do | **Rozpoznanie:** |
| Oznaczenie Szpitala  pobyt od do | **Rozpoznanie:** |

# HOSPITALIZACJE

|  |  |
| --- | --- |
| Oznaczenie Szpitala  pobyt od do | **Rozpoznanie:** |
| Oznaczenie Szpitala  pobyt od do | **Rozpoznanie:** |
| Oznaczenie Szpitala  pobyt od do | **Rozpoznanie:** |
| Oznaczenie Szpitala  pobyt od do | **Rozpoznanie:** |

1. **ZAOPATRZENIE W SPRZĘT ORTOPEDYCZNY I WYROBY MEDYCZNE**

|  |
| --- |
| Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego  Data Oznaczenie lekarza zlecającego |
| Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego  Data Oznaczenie lekarza zlecającego |
| Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego  Data Oznaczenie lekarza zlecającego |
| Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego  Data Oznaczenie lekarza zlecającego |
| Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego  Data Oznaczenie lekarza zlecającego |
| Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego  Data Oznaczenie lekarza zlecającego |
| Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego  Data Oznaczenie lekarza zlecającego |

1. **ZWOLNIENIA Z ZAJĘĆ SPORTOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czas zwolnienia** | **Przyczyna** | **Określenie rodzaju aktywności, z której dziecko jest zwolnione** | **Data i**  **oznaczenie lekarza** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**XL. Uwagi**