

1. NY, dwustronny inne



OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ

HISTORIA CHOROBY

NAZWISKO IMIĘ

PESEL

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie, uwagi i podpis lekarza



KARTA BADANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta	data	pieć	M	K
PESEL	data rozpoczęcia zabiegów			
Adres	tel.			
wiek	rodzaj wykonywanej pracy			
data wystawienia skierowania	KOD ICD-10			
Imię i Nazwisko lekarza	nr prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego			
choroby współistniejące/ przewlekłe				

OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA PRZED LECZENIEM

Dotychczasowe leczenie i wykonane badania	Aktualne leczenie (poza bieżącym w placówce)
Dolegliwości bieżące	
Czas trwania dolegliwości	
Obszary dolegliwości	Ocena dolegliwości w NRS 0-10
Czynniki łagodzące dolegliwości	Czynniki nasilające dolegliwości
Analiza postawy ciała i ruchu oraz pomiary i testy	
Jak oceniasz swój ogólny stan zdrowia w ciągu ostatniego tygodnia w skali 0-10	
Zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne	
Podpis fizjoterapeuty (data, podpis, pieczęć)	



OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA PO LECZENIU

Imię i nazwisko	data	Nr karty pacjenta
Wykonane procedury fizjoterapeutyczne :		
1		
2		
3		
4		
5		
Termin prowadzonej fizjoterapii: od.....do		
Dolegliwości		
Obszary dolegliwości	Ocena dolegliwości	
Czynniki łagodzące dolegliwości	Czynniki nasilające dolegliwości	
Analiza postawy ciała i ruchu		
Testy skale i pomiary		
Jak oceniasz swój ogólny stan zdrowia w skali 0-10		
Zalecenia po zakończonej fizjoterapii :		
Podpis fizjoterapeuty (data, podpis, pieczęć)		

4. AG



KARTA INFORMACYJNA ODBYTEJ FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ DO LEKARZA KIERUJĄCEGO

Nazwisko i imię pacjenta	
PESEL	KOD ICD-10
Termin prowadzonej fizjoterapii : od _____ do _____	
Opis udzielonych świadczeń fizjoterapeutycznych :	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
Stan pacjenta po udzielonym świadczeniu :	
Poprawa : nieznaczna umiarkowana znaczna całkowita	
Brak poprawy (bez zmian)	
Pogorszenie stanu funkcjonalnego pacjenta	
Zalecenia :	
Kontynuacja wyuczonych ćwiczeń w warunkach domowych	
Wskazana kontynuacja postępowania fizjoterapeutycznego : TAK NIE	

Potwierdzam odbiór i deklaruję przekazanie
dokumentu do lekarza kierującego

.....
data i podpis pacjenta

.....
data , podpis i pieczęć fizjoterapeuty

KARTA OPIEKI NAD PACJENTEM PO ZNIECZULENIU W SALI NADZORU POZNIECZULENIOWEGO

Imię i nazwisko pacjenta PESEL Data znieczulenia

Oddział Nr historii choroby Rodzaj zabiegu znieczulenie

	Godzina									
Czynności przygotowujące <input type="checkbox"/> Przygotowanie respiratora <input type="checkbox"/> Przygotowanie sprzętu do otrzymania drożności dróg oddechowych <input type="checkbox"/> Przygotowanie sprzętu monitorującego <input type="checkbox"/> Przygotowanie ssaka	240									
	220									
	200									
	180									
	160									
	140									
	120									
	100									
	80									
	60									
Przyjęcie pacjenta po znieczuleniu Godzina przyjęcia <input type="checkbox"/> Alergie (jakie) <input type="checkbox"/> dostęp iv obwodowy <input type="checkbox"/> dostęp iv centralny <input type="checkbox"/> sonda żołądkowa <input type="checkbox"/> cewnik Foley <input type="checkbox"/> grupa krwi Oddech: <input type="checkbox"/> własny <input type="checkbox"/> własny rurka tracheostomijna <input type="checkbox"/> kontrolowany rurka intubacyjna <input type="checkbox"/> kontrolowany rurka tracheost.	40									
	20									
	0									
	SpO2									
	Oddech									
	Ekstubacja/intubacja									
	Temperatura									
	LEKI									
	PŁYNY									
	Krew i preparaty krwiotopocz.									
Wymioty										
Mocz										
Drenaże										
KKcz										
FFP										
Inne										
Ocena pooperacyjna Skala Aldreta Aktywność: <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Oddech <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Krążenie <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Przytomność <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Kolor skóry <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 W sumie pkt										
UWAGI: Przekazanie pacjenta: <input type="checkbox"/> na oddział, godzina wypisu <input type="checkbox"/> płyny infuzyjne Lekarz anesteziolog (podpis) <input type="checkbox"/> dokumentacja przekazana <input type="checkbox"/> Pielęgniarka przyjmująca (podpis) Pielęgniarka anesteziologiczna (podpis) <input type="checkbox"/> Opiekun prawny (podpis)										

KARTA PACJENTA

Nazwisko i imię

ul.

Kod Miejscowość..... Telefon

Pesel

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

WYWIAD

Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź:

Przebyte choroby:	tak	nie	Choroby współistniejące:	tak	nie
1. serca:			1. nowotwór /od kiedy?/		
- zawał /kiedy?/.....			2. padaczka		
- wszczepiony rozrusznik			3. astma		
- choroba wieńcowa			4. przewlekłe zapalenia oskrzeli		
- nadciśnienie			5. cukrzyca		
2. choroby naczyń:			6. choroby krwi :		
- żylaki			Jakie?.....		
- miażdżycy				
- zakrzepicą żył głębokich			7. czy choruje Pan/-i na inne niewymienione		
3. choroby wątroby:			wyżej choroby? / wymienić jakie /		
- stłuszczenie				
- marskość				
4. choroby tarczycy			Przyjmowane leki /wymienić jakie/		
- nadczynność				
- niedoczynność				
5. niewydolność nerek			Nadwrażliwość na leki /wymienić jakie/		
6. choroby skóry /wymienić jakie/		
.....				
7. udar mózgu /kiedy?/		
8. choroby zakaźne:				
- gronkowiec			Czy pali Pan/-i papierosy? /ile?/.....szt.	tak	nie
- gruźlica			Inne nałogi /jakie?/.....		
- WZW			Czy jest Pani w ciąży?	tak	nie

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o:

1. rodzaju zalecanego leczenia i zalecanych zabiegów

2. przeciwwskazaniach dla tego rodzaju leczenia i zabiegów oraz o możliwości wystąpienia z tym związanych powikłań

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

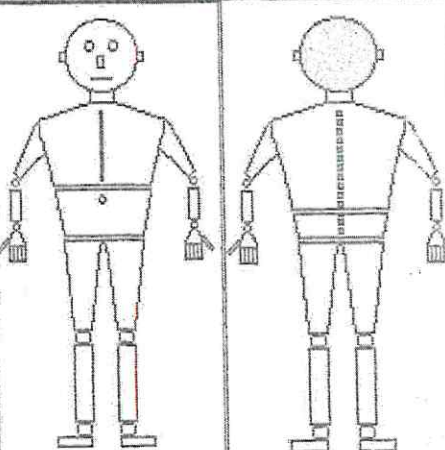
Oświadczam, iż wyrażam zgodę na zalecane leczenie i zabiegi.

Oświadczam, iż udzieliłem (-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

KARTA PRZEKAZANIA PACJENTA DO INNEGO ODDZIAŁU/ PLACÓWKI

Pieczęćka komórki organizacyjnej SPWZOZ

I. Dane ogólne					
Data	Godzina	Minuty	Nazwisko imię pacjenta		
Nazwa oddziału/placówki		Wiek:	Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
		Rozpoznanie lekarskie:			
Diagnoza pielęgniarska:					
Wraz z pacjentem przekazano:					
Protezę zębową <input type="checkbox"/>		Odzież wg Załączonego spisu <input type="checkbox"/>	Dokumenty pacjenta wg załączonego spisu <input type="checkbox"/>		
Leki pacjenta wg załączonego spisu <input type="checkbox"/>		Historię choroby <input type="checkbox"/>	Proces pielęgnowania <input type="checkbox"/>		
II. Pielęgniarska ocena stanu pacjenta w chwili przekazania					
Stan świadomości:	zachowana <input type="checkbox"/>	Kategoria opieki pielęgniarskiej <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oznaczyć okolicę ciała na której występują odleżyny i ich stopień oraz godzinę założenia opatrunku →		
			zaburzona <input type="checkbox"/>	Rodzina powiadomiona o przeniesieniu pacjenta Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
brak <input type="checkbox"/>		Stopień 3 - (3) <input type="checkbox"/> godz.	Stopień 4 - (4) <input type="checkbox"/> godz.		
Tetno:	Wartość ciśnienia tętniczego:	Oddech:	Tętno:		
/min.		własny <input type="checkbox"/> wspomagany <input type="checkbox"/> kontrolowany <input type="checkbox"/> worek oddechowy <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> przepływ /min. nie <input type="checkbox"/>		
Zabezpieczenie górnych dróg oddechowych:		Dostęp naczyniowy:			
bez zabezpieczenia <input type="checkbox"/>		dożylny <input type="checkbox"/>	Drenaże <input type="checkbox"/>	
rurka ustno-gardłowa <input type="checkbox"/>		dotętniczy <input type="checkbox"/>	Cewniki <input type="checkbox"/>	
rurka nosowo-gardłowa <input type="checkbox"/>		droga obwodowa <input type="checkbox"/>	Opatrunki <input type="checkbox"/>	
maska kraniowa <input type="checkbox"/>		droga centralna <input type="checkbox"/>			
konikopunkcja <input type="checkbox"/>					
tracheotomia <input type="checkbox"/>					
rurka dotchawicza <input type="checkbox"/>					
III. Inne informacje:					
data		data			
podpis osoby przyjmującej pacjenta		podpis osoby przekazującej pacjenta			

KARTA TESTÓW SKORNYCH PRICK

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Data wykonania testu

HISTAMINA

KONTROLA UJEMNA

<i>PEYTKI</i>		ODCZYNN	<i>ROZTOCZA</i>		ODCZYNN
Mieszanka trzech traw			D. farinae		
Mieszanka pięciu traw			D. pteronyssinus		
Mieszanka piór			Roztozca spirzelowe		
Zyto			<i>PLEŚNIE</i>		
Leszczyzna			Cladosporium herb.		
Olcha			Alternaria tenuis		
Brzoza			Aspergillus fumig.		
Babka lancetowa			Penicillium notatum		
Babka lancetowa			<i>ZWIERZĘTA</i>		
Bylica			Chomik		
Mieszanka 4 zbóż			Pies		
			Kot		
			Świnka morska		

Wywiad i badanie lekarskie

KARTA ZNIECZULENIA "JEDNEGO DNIA"

Nazwisko i imię

Wiek

Data znieczulenia

Rozpoznanie

Nr historii choroby

Zabieg

Godzina

Leki

Znieczulenie

Zabieg

Tętno

RR

SaO₂

Lekarz anesteziolog

Pielęgniarka anesteziologiczna

Ocena stanu pacjenta po znieczuleniu		Pkt		Pkt pacjenta	
Swiadomość					
Wybudzony		2			
Reaguje na bodźce		1			
Nie reaguje		0			
Drożność dróg oddechowych		2			
Kaszel i krzyczy na żądanie		1			
Utrzymuje dobrze drożność dróg oddechowych		0			
Wymaga pomocy w udrożeniu dróg oddechowych					
Ruch					
Porusza celowo kończynami		2			
Nie porusza celowo kończynami		1			
Nie porusza się		0			

Wyrażam zgodę na znieczulenie:

- dożylnie
- blokada
- zewnątrzoponowe
- podpajęczynówkowe

Anesteziolog

Pacjent

Legenda:

- ⊕ początek - koniec znieczulenia
- ⊙ początek - koniec zabiegu

Suma punktów

Uwagi i zalecenia po znieczuleniu dla Oddziału

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis anesteziologa

KARTA UODPORNIEŃ

Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL	<i>nazwisko</i>	<i>imię</i>	Data urodzenia:		
	.....	.....	dzień	miesiąc	rok
	<i>nr PESEL</i>	.....	.....	.....	.....

Obowiązkowe szczepienia ochronne

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Miejsce podania szczepionki	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
noworodek	gruźlica BCG					
	wzw B – 1. dawka					
2 miesiąc życia	wzw B – 2. dawka					
	DTP – 1. dawka					
	Hib – 1. dawka					
	pneumokoki - 1. dawka					
3 – 4 miesiąc życia	DTP – 2. dawka					
	Hib – 2. dawka					
	polio IPV – 1. dawka					
	pneumokoki - 2. dawka					
5 – 6 miesiąc życia	DTP – 3. dawka					
	Hib – 3. dawka					
	polio IPV – 2. dawka					
7 miesiąc życia	wzw B – 3. dawka					
13 – 14 miesiąc życia	odra, świnka, różyczka – 1. dawka					
	pneumokoki - 3. dawka					
16 – 18 miesiąc życia	DTP – 4. dawka					
	polio IPV – 3. dawka					
	Hib – 4. dawka					
6 rok życia	DTaP – 1. dawka przypominająca					
	polio OPV					
	odra, świnka, różyczka – 2. dawka przypominająca					
14 rok życia	Td – 2 dawka przypominająca					
19 rok życia	Td – 3 dawka przypominająca					

Pieczęć zakładającego kartę, nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie, nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie, nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie, nr kontraktu
od..... do	od..... do	od..... do	od..... do

Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczęć nad osobą objętą obowiązkowym szczepieniem ochronnym, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r. poz 186 z późn. zm.)

Nazwisko Imię

Nr telefonu

Adres zamieszkania	<i>kod pocztowy</i>	<i>miejsowość</i>	<i>ulica</i>	<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
	1.....	.....	.....	.....	.....
	2.....	.....	.....	.....	.....
	3.....	.....	.....	.....	.....

Inne szczepienia ochronne

Typ szczepienia/szczepienie przeciw	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia oraz miejsce podania szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie

Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

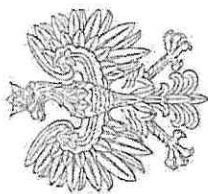
Szczepienie przeciw	Data stwierdzenia	Data ustania	Rodzaj przeciwwskazania	Podpis lekarza kwalifikującego

Niepożądane odczyny poszczepienne

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce		Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce	
		nazwa	data szczepienia			nazwa	data szczepienia

Powiadomienie o szczepieniu

Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu	Data powiadomienia o szczepieniu
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------



KSIĄŻECZKA ZDROWIA DZIECKA

Ministerstwo Zdrowia

NOTATKI

1. Książeczkę zdrowia dziecka należy przechowywać w sposób uniemożliwiający osobom nieuprawnionym dostęp do zawartych w niej informacji.
2. Książeczkę zdrowia dziecka należy okazywać przy każdej wizycie patronażowej, badaniu profilaktycznym, w tym również badaniu stomatologicznym, wizycie w poradni specjalistycznej oraz w szpitalu, w celu dokonania wpisu przez lekarza, położną lub pielęgniarkę, a także w innych przypadkach, gdy zawarte w niej informacje są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.
3. Obowiązkiem rodziców jest zgłaszanie się z dzieckiem na szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284, 322, 374 i 567).
4. Wykonane szczepienia należy odnotować w książeczce szczepień wydanej na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, dołączonej do książeczki zdrowia dziecka.

Spis treści

Dane osobowe dziecka	5
Dane rodziców/opiekunów dziecka	5
Okres prenatalny (ciąża)	6
Poród	8
Stan noworodka po urodzeniu	9
Obserwacja noworodka w szpitalu	10
Dodatkowa informacja o pobycie w szpitalu	11
Dane noworodka w dniu wypisu ze szpitala albo przekazania opieki nad dzieckiem urodzonym w warunkach pozaszpitalnych pod opiekę położnej podstawowej opieki zdrowotnej	12
Wizyty patronażowe	15
Wizyty profilaktyczne 0–4. rok życia	21
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej dziecka do ukończenia 4. roku życia	37
Wizyty profilaktyczne 5–19. rok życia	38
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej	50
Przebyte choroby zakaźne	52
Konsultacje specjalistyczne	53
Uczulenia i reakcje anafilaktyczne	55
Hospitalizacje	56
Zaopatrzenie w wyroby medyczne	58
Zwolnienia z zajęć sportowych	59
Uwagi	61
Procedury radiologiczne	62
Siatki centylowe	64

TERMIN KOLEJNEGO SZCZEPLENIA	
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia
Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia

III. OKRES PRENATALNY (CIAŻA)

1. Wiek matki
2. Grupa krwi czynnik Rh matki
3. Podano immunoglobulinę anti-RhD: tak nie
 profilaktyka śródciążowa: tak nie
 profilaktyka poporodowa: tak nie
4. Ciąża (ktoś z kole) pojedyncza wielopłodowa
5. Narazenie na czynniki szkodliwe w czasie ciąży
6. Szczepienia wykonane w czasie ciąży
 (rodzaj czynnika, czas trwania i wiek ciąży)
7. Leki przyjmowane w czasie ciąży (dawki, okres przyjmowania, wiek ciąży)
8. Przebieg ciąży:
 - nieprawidłowości ępowiny
 - nieprawidłowości łożyska
 - wielowodzie
 - małowodzie
 - hipotrofia płodu:
 - wczesna
 - późna
 - symetryczna
 - asymetryczna
 - wady w budowie ciała płodu
 - nieprawidłowe położenie płodu

Pieczęć zakładającego książeczkę nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu
od	od	od	od
do	do	do	do
Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczęć nad osobą objętą obowiązkowym szczepieniem ochronnym, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016r. poz. 186; z późn. zm.)			
Nazwisko		Imię	
Nr telefonu			
Adres zamieszkania	1.	2.	3.
	<small>kod pocztowy</small>	<small>miejsowość</small>	<small>ulica</small>
	<small>nr domu</small>	<small>nr lokalu</small>	
	<small>kod pocztowy</small>	<small>miejsowość</small>	<small>ulica</small>
	<small>nr domu</small>	<small>nr lokalu</small>	
	<small>kod pocztowy</small>	<small>miejsowość</small>	<small>ulica</small>
	<small>nr domu</small>	<small>nr lokalu</small>	

Wiek									
Rodzaj szczepionki	DTaP - 1. dawka przypominająca	polio OPV	odra, świnka, różyczka - 2. dawka przypominająca	Td - 2. dawka przypominająca	Td - 3. dawka przypominająca				
Data i godzina wykonania szczepienia									
Nazwa szczepionki									
Nr serii szczepionki									
Podpis osoby wykonującej szczepienie									

6

- osłabione ruchy płodu
 zaburzenia czynności serca płodu
 niedokrwistość
 niedoczynność tarczycy
 nadczynność tarczycy
 cukrzyca ciężarnych
 cukrzyca typu I
 cukrzyca typu II
 cholestaza
 zespół HELLP
 choroby serca
 nadciśnienie tętnicze przewlekłe
 nadciśnienie tętnicze ciężowe
 stan przedzrzucawkowy
 rzucawka
 drgawki
 omdlenia
 konflikt serologiczny
 leczenie wewnątrzmaciczne płodu
 białkomocz
 inne

Data

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

IV. PORÓD

1. Miejsce urodzenia: szpital dom inne
2. Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą
3. Ukończony tydzień ciąży
4. Poród: spontaniczny indukowany
pojedynczy mnogim dziecko, które z kolei.....
siłami natury
- zabiegowy: kleszcze vacuum pomoc ręczna
operacyjny (cięcie cesarskie): nagłe elektrowne
5. Wskazania do porodu zabiegowego albo operacyjnego:
nieprawidłowe położenie/łożenie płodu nieprawidłowa czynność skurczowa
macicy stan septyczny krwawienie w I okresie
inne.....
6. Objawy zagrożenia płodu
7. Czas trwania I okresu..... czas trwania II okresu
8. Płyn owodniowy: przejrzysty mętny zielony żółty krwisty
cuchnący brak
odpłynął: w czasie porodu godzin przed porodem
9. Sposób łagodzenia bólu porodowego
10. Leki stosowane w czasie porodu
11. Pobrano krew pępowinową: tak nie
12. Uwagi

Data.....

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
16. - 18. miesiąc życia	DTP - 4. dawka				
	polio IPV - 3. dawka				
	Hib - 4. dawka				

V. STAN NOWORODKA PO URODZENIU

1. Urodzeniowa masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
2. Długość ciała cm
3. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Obwód klatki piersiowej cm
5. Ocena wg skali Apgar:

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

6. Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu:

- odsluzowanie
- osuszenie
- zaopatrzenie powowiny
- profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka
- podanie witaminy K
- podanie tleu od do min
- sztuczna wentylacja od do min
- intubacja w
- masaż serca od do min
- cewnikowanie naczyń pępowinowych od do min

7. Krew pępowinowa (tętnica, żyła): pH BE inne

8. Saturacja %

9. Echo serca (gły saturacja poniżej 96%)

10. Leki

11. Kontakt noworodka z matką „skóra do skóry”: tak nie
 Czas trwania, jeżeli krócej niż 2 godziny powód przerwania

12. Czy dziecko zaczęło ssać piersi: tak nie

Data Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
5. - 6. miesiąc życia	DTP - 3. dawka				
	Hib - 3. dawka				
	polio - 2. dawka				
	WZW B - 3. dawka				
	odra, świnka, różyczka - 1. dawka				
	7. miesiąc życia				
13. - 14. miesiąc życia					

VI. OBSERWACJA NOWORODKA W SZPITALU

1. Najniższa masa ciała g w dobie
2. Karnienie: naturalne sztuczne mieszane preparat
dziecko żywo: tak nie
3. Koordynacja procesu ssania – połknięcie: zadowolająca niezadowolająca
rytm sen – czuwanie: prawidłowy nieprawidłowy
adekwatne do sytuacji reakcje na:
dotyk: tak nie
dźwięk: tak nie
światło: tak nie
zmianę pozycji ciała: tak nie
4. Żółtaczka fizjologiczna: od do doby
Maksymalne stężenie bilirubiny w dobie
5. Smółka
6. Inne
7. Badanie lekarskie przedmiotowe
8. Poszerzone badanie kliniczne noworodka data i godzina
9. Uwagi
10. Wyniki badań dodatkowych
11. Stan pediatryczny wymagający przejściowej obserwacji (do 7 dni)
12. Rozpoznanie i epikryza

Data.....

Oznaczenie lekarza

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
3. - 4. miesiąc życia	DTP - 2. dawka				
	Hib - 2. dawka				
	polio IPV - 1. dawka				
	pneumokoki - 2. dawka				

VII. DODATKOWA INFORMACJA O POBYCIE W SZPITALU

Rozpoznanie i epikryza

OBOWIĄZKOWE SZCZEPLENIA OCHRONNE

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
Noworodek	Gruźlica BCG				
	wzw B - 1. dawka				
2. miesiąc życia	wzw B - 2. dawka				
	DTP - 1. dawka				
	Hib - 1. dawka				
	pneumokoki - 1. dawka				

Data

Oznaczenie lekarza

VIII. 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) wiek postkoncepcyjny²⁾
2. Wiek kalendarzowy g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Długość ciała cm
5. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
6. Ciężnię przednie szwy czaszkowe
7. Badanie przedmiotowe

8. Noworodek wypisany ze szpitala: do domu do innego oddziału na żądanie rodziców
9. Stan noworodka w dniu wypisu albo przekazania opieki: zdrowy, bez zastrzeżeń wymaga dalszej obserwacji, diagnozowania albo leczenia

10. Wykonano szczepienia obowiązkowe: tak nie

11. Badania przesiewowe:
 - Pobrano krew na bibułę: tak nie
 - Kod bibuły³⁾ I i data pobrania
 - Kod bibuły³⁾ II i data pobrania (na wezwanie)
 - Bibułę z kodem³⁾
 - przekazano do
12. Inne badania wykonane 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

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.
³⁾ Może być wklęsły.

Książeczka szczepień



Nazwisko i imię, nr PESEL, lub nr dokumentu tożsamości
 - w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

.....
 Nazwisko

.....
 Imię

.....
 Nr PESEL

Data urodzenia

..... Dzień Miesiąc Rok

NOTATKI

13. Wrodzone wady rozwojowe
Zgłoszono do rejestru wrodzonych wad rozwojowych w dhtu
14. Zlecone konsultacje specjalistyczne i badania:
USG stawów biodrowych
Badanie okulistyczne⁴⁾
Inne
15. Przepisane leki, witaminy
16. Karmienie:
wyłącznie piersią
mieszane
sztuczne
skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej
17. Zalecenia lekarskie
18. Zalecenia pielęgnacyjne
19. Poinformowano o czynnikach ryzyka nagłej śmierci łóżeczkowej: tak nie
20. Przeprowadzono instruktaż karmienia piersią: tak nie
21. Poinformowano o konieczności wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:
tak nie
22. Poinformowano o konieczności wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:
tak nie

⁴⁾ W przypadku niemowląt urodzonych przed 32. tygodniem ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 1500 g albo niemowląt urodzonych przed 36. tygodniem ciąży z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii.

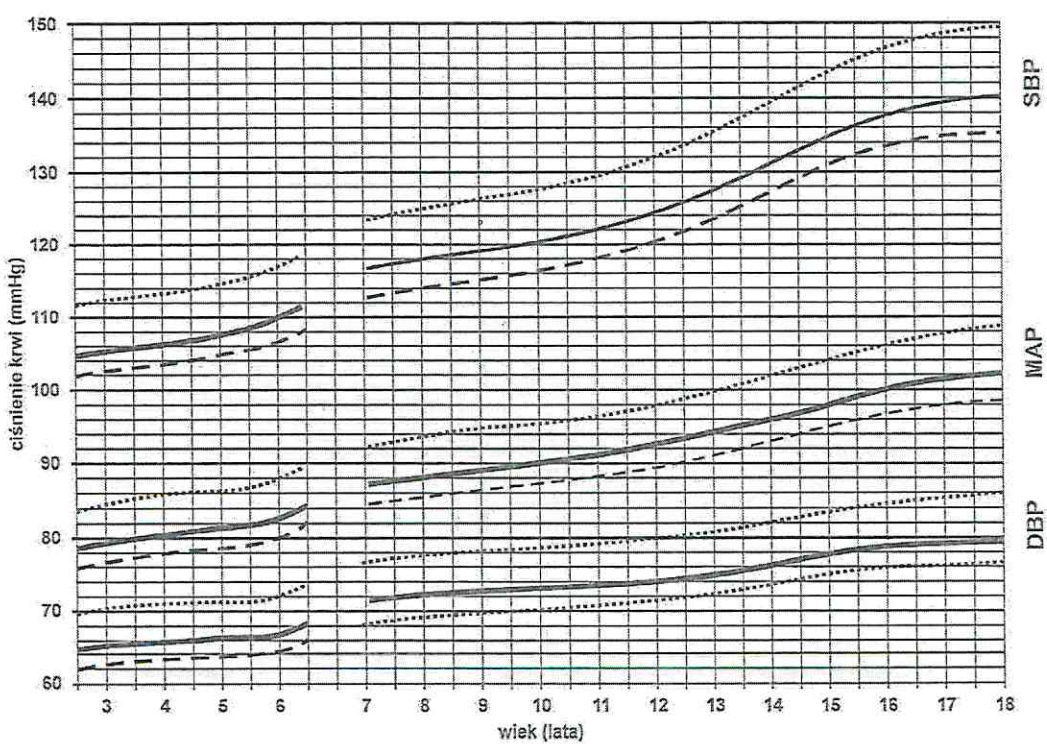
23. Poinformowano o konieczności wyboru połączeń podstawowej opieki zdrowotnej:

tak nie

Data.....

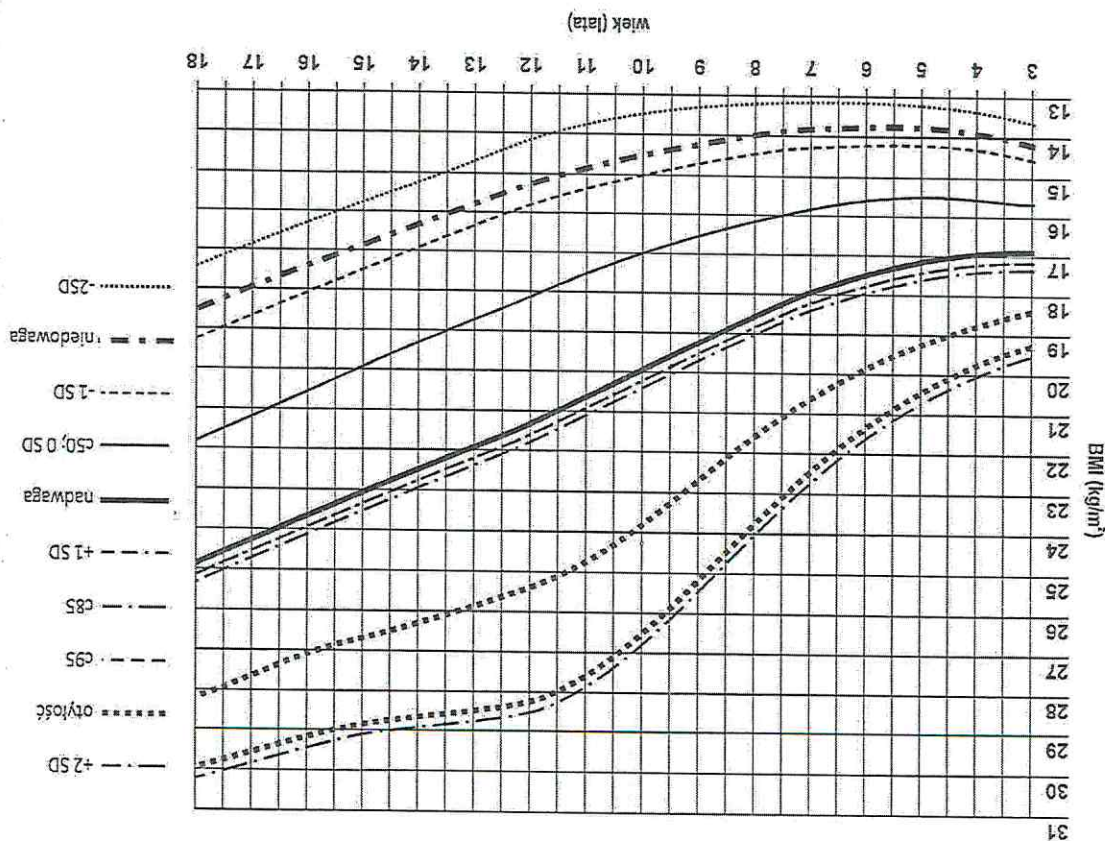
Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) chłopców w wieku 3–18 lat
centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana



Źródło: Z. Kutaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Łosiński, A. Różdżyńska-Świątkowska, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa BMI chłopców w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kulaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowska, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

IX. WIZYTA PATRONAŻOWA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 1–4. tydzień życia

1. Wiek kalendarzowy wiek postkoncepcyjny²⁾
2. Długość ciała cm
3. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Obwód klatki piersiowej cm
5. Ciemię przednie szwy czaszkowe
6. Przyjmowane leki
7. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej – guzki Bohna, party Ebsteina, nadziąsłki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)
 - skóra
 - głowa
 - szyja
 - oczy
 - uszy
 - jama ustna/gardło
 - wzły chłonne
 - płuca
 - serce
 - brzuch
 - układ moczowo-płciowy
 - układ kostno-stawowy
 - stan odżywienia
8. Żywnienie:
 - wyłącznie piersią
 - mieszane
 - sztuczne
- skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej

9. Ocena neurorozwojowa

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak nie

trudności ze ssaniem polykaniem

bezdech wymioty drgawki płacz przenikliwy kwilenie

brak reakcji na dźwięki

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

.....

.....

11. Warunki mieszkaniowe: bardzo dobre dobre przeciętne złe

12. Odechylenia w badaniach dodatkowych

13. Zalecenia

14. Porada żywieniowa

Żywnienie..... witaminowy.....

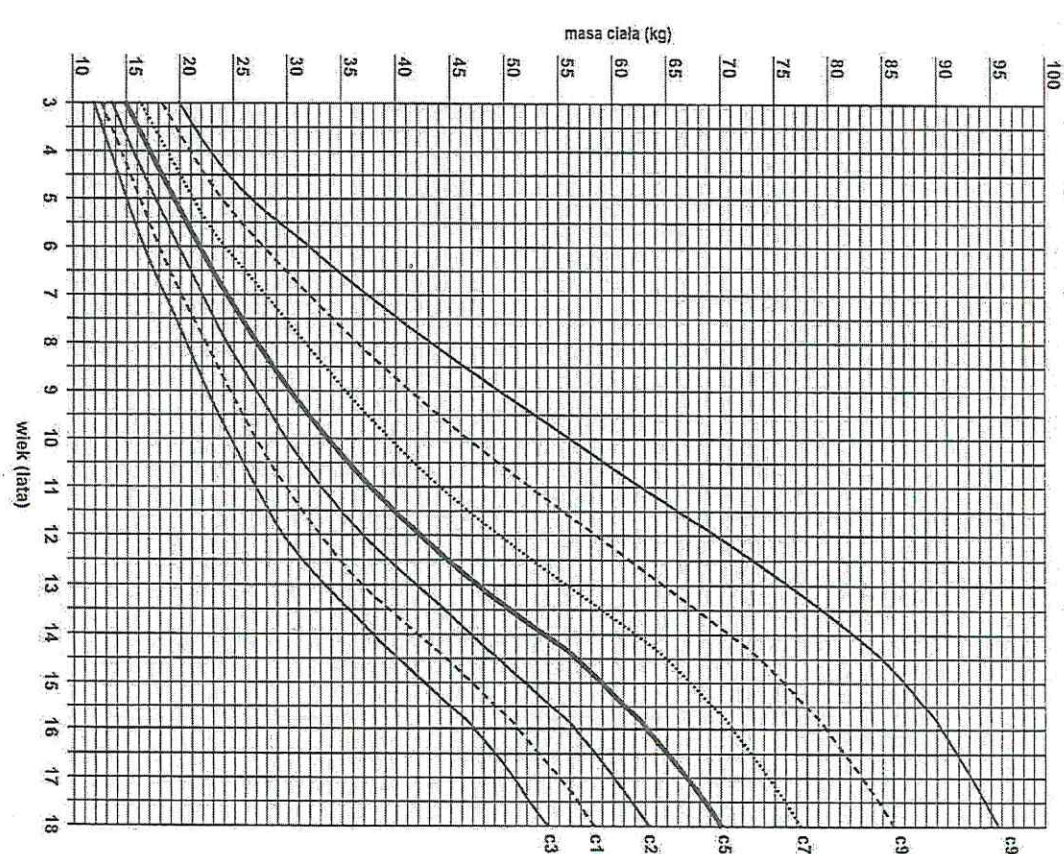
15. Zlecone konsultacje

16. Zlecone badania diagnostyczne

.....

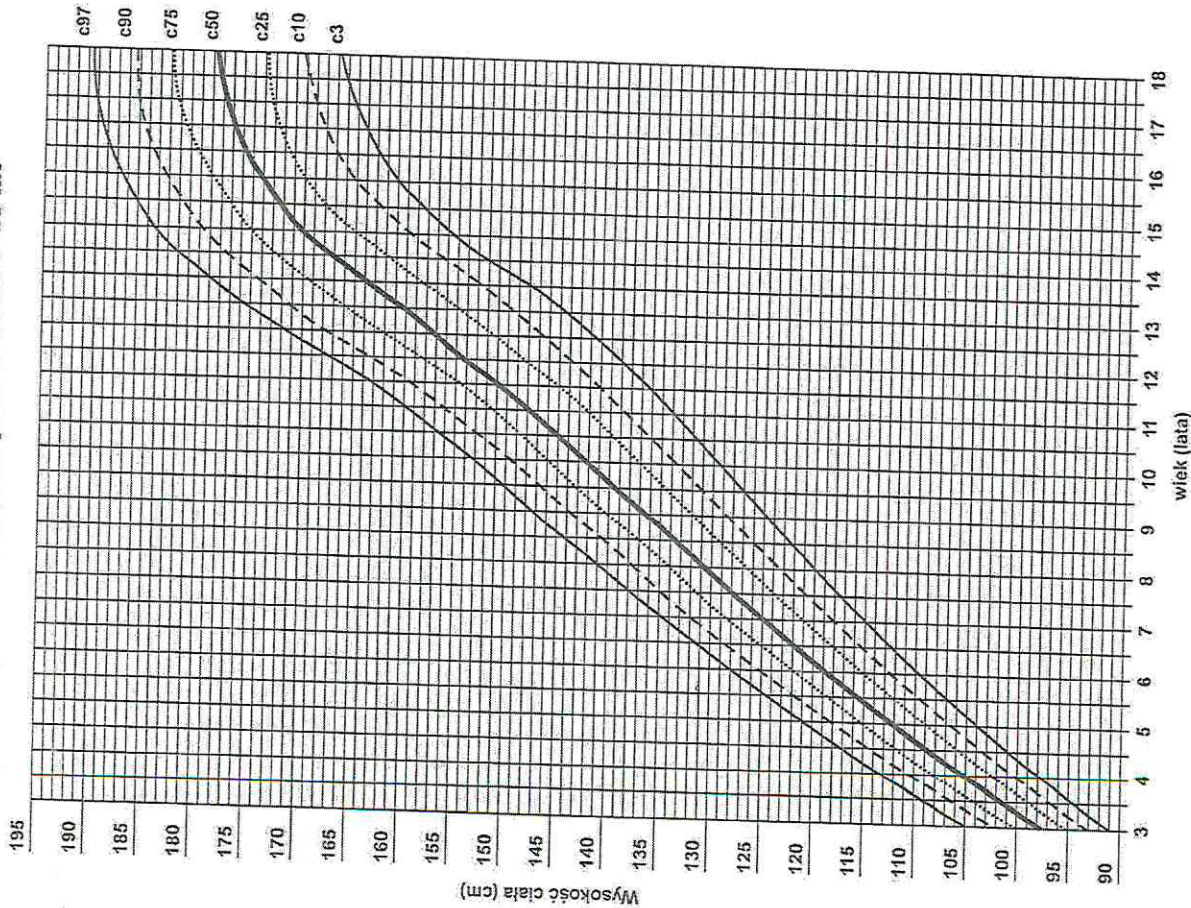
Data..... Oznaczenie lekarza

Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kutaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Łeśniak, A. Różdżyńska-Świątkowska, M. Gózdź, M. Wojtyła i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa wysokości ciała chłopców w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kulaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Swiątkowska, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

X. WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ

1. Data I. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty
4. Sposób żywienia noworodka:
 wyłączne piersią
 mieszane
 sztuczne
 skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej
5. Zalecenia
6. Data następnej wizyty

Data Oznaczenie położnej

1. Data II. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty
4. Sposób żywienia noworodka
5. Zalecenia
6. Data następnej wizyty

Data Oznaczenie położnej

1. Data III. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty

4. Sposób żywienia noworodka
5. Zalecenia

6. Data następnej wizyty

Oznaczenie położnej

1. Data IV. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty

4. Sposób żywienia noworodka
5. Zalecenia

6. Data następnej wizyty

Oznaczenie położnej

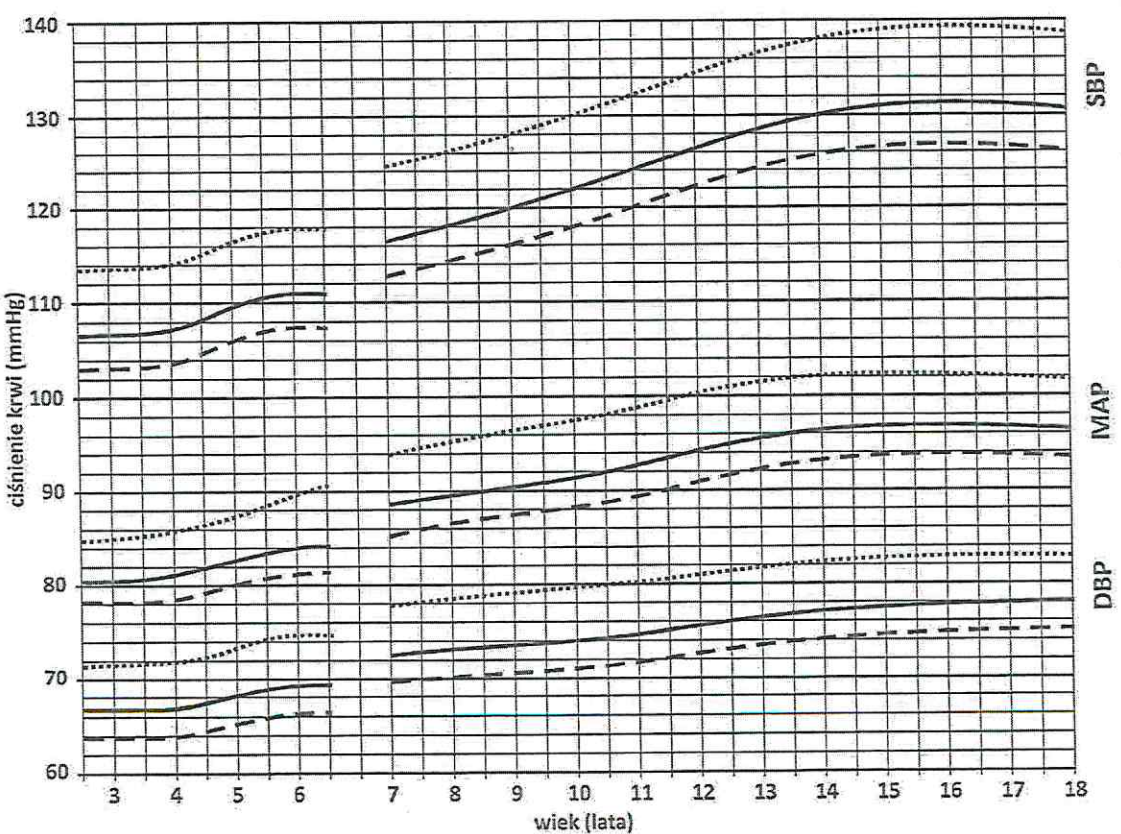
1. Data V. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty

4. Sposób żywienia noworodka
5. Zalecenia

6. Data następnej wizyty

Oznaczenie położnej

Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) dzieciąt w wieku 3–18 lat (centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana)



Źródło: Z. Kuliaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurdzowska, A. Świątek-Leśniak, A. Różdżyńska-Swiatkowska, M. Góźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

XI. WIZYTY PATRONAŻOWE PIELĘGNIARKI

1. Data I. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty

4. Zalecenia
5. Data następnej wizyty ⁵⁾

Data

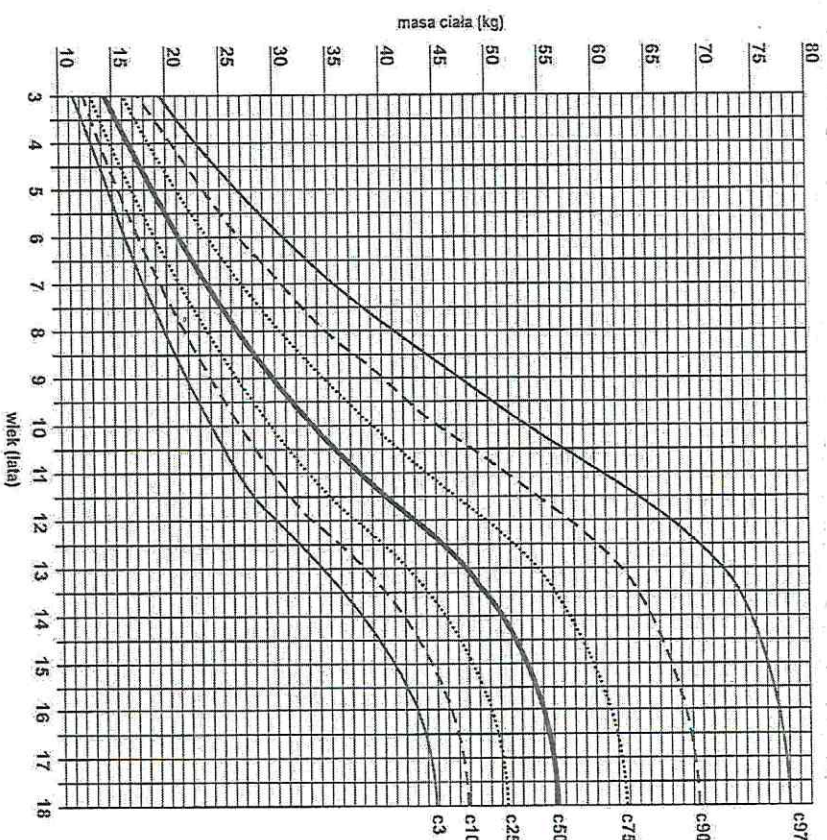
Oznaczenie pielęgniarki

1. Data II. wizyty ⁵⁾
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty
4. Zalecenia

Data

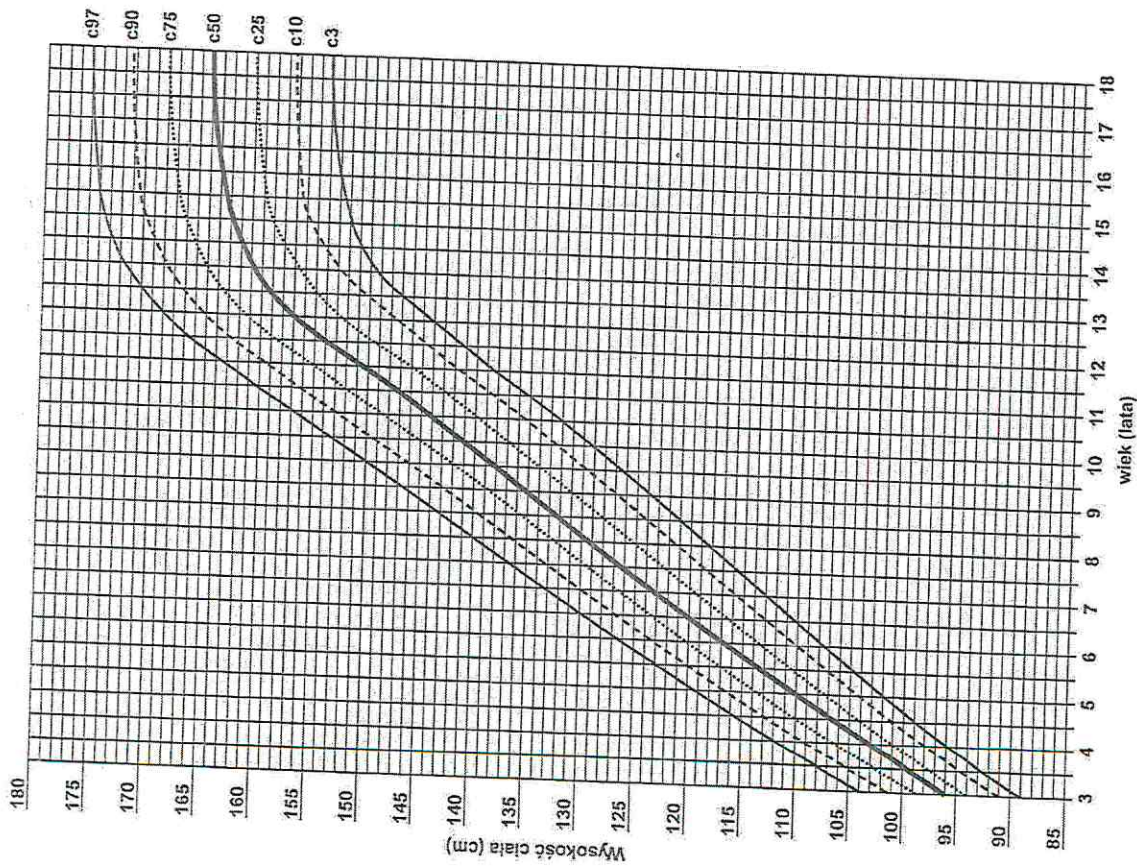
Oznaczenie pielęgniarki

Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kutaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurtzkowska, A. Świątek-Łesniak, A. Różyńska-Swiątkowska, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

Siatka centylowa wysokości ciała dziewcząt w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kulaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowska, M. Goźdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

XII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6–9, tydzień życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciemię przednie szwy czaszkowe
7. Przyjmowane leki
8. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

zecz: widoczny niewidoczny

test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni

Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

Wrodzonej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy nieprawidłowy

Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

9. **Badanie lekarskie** (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej (guzki Bohma, perły Ebsteina), nadżajątki 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

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie:

- wyłącznie piersią
 mieszane
 sztuczne

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej

11. Ocena neurorozwojowa

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
 trudności ze saniem trudności z polykaniem
 bezdechy wymioty drgawki płacz przerywany kwilenie
 brak reakcji na dźwięki

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

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia

15. Porada żywieniowa

Dieta witaminy

16. Zlecone konsultacje

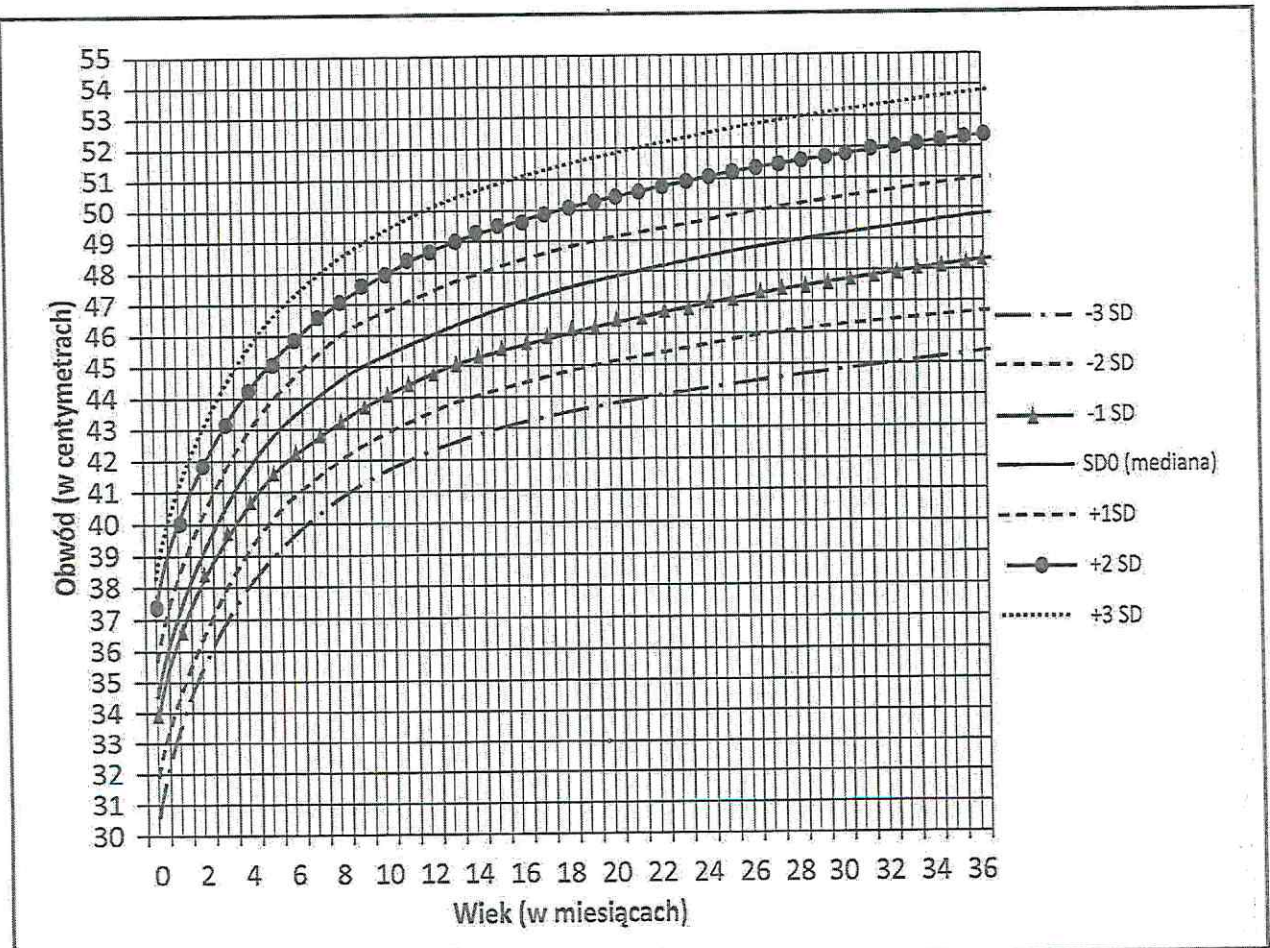
17. Zlecone badania diagnostyczne

Data

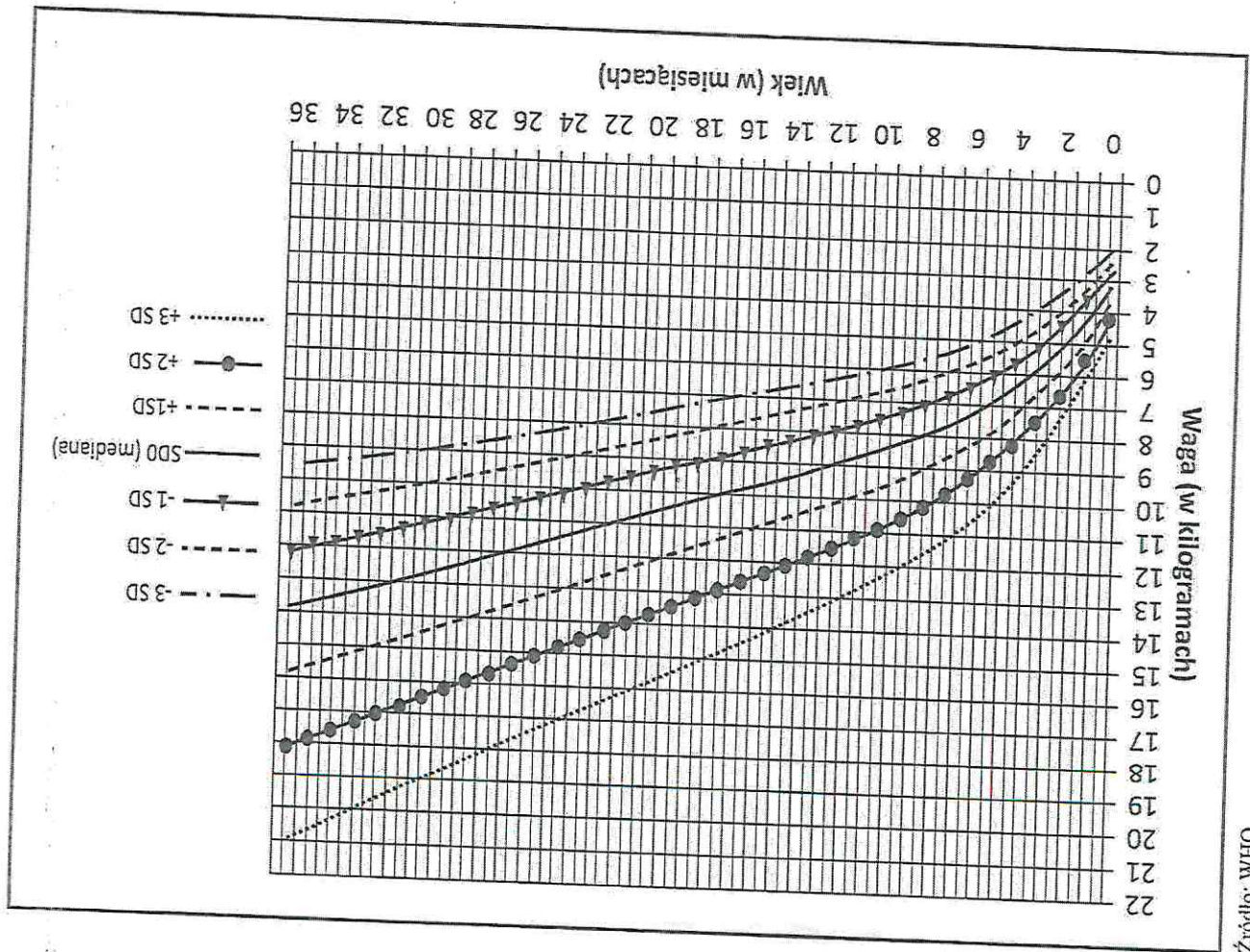
Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Siatka centylowa obwodu głowy chłopców w wieku 0-3 lat



Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 0-3 lat



Źródło: WHO

XIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 3-4. miesiąc życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciemię przednie szwy czaszkowe
7. Przyjmowane leki
8. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:
 zez: widoczny niewidoczny
 test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni
 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

9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku)
 - skóra
 - głowa
 - szyja
 - oczy
 - uszy
 - jama ustna/gardło
 - węzły chłonne
 - pluca
 - serce
 - brzuch
 - układ moczowo-płciowy
 - układ kostno-stawowy
 - stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie:

- wylączenie piersią
- mieszane
- szluczone

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej

11. Ocena neurorozwojowa

12. Wazne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
- trudności ze ssaniem trudności z polykaniem
- nieprawidłowe stolce bezdech drgawki
- brak odwracania głowy w kierunku dźwięku
- brak łączenia rąk w linii środkowej
- Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia

Dieta witaminy

16. Zleczone konsultacje

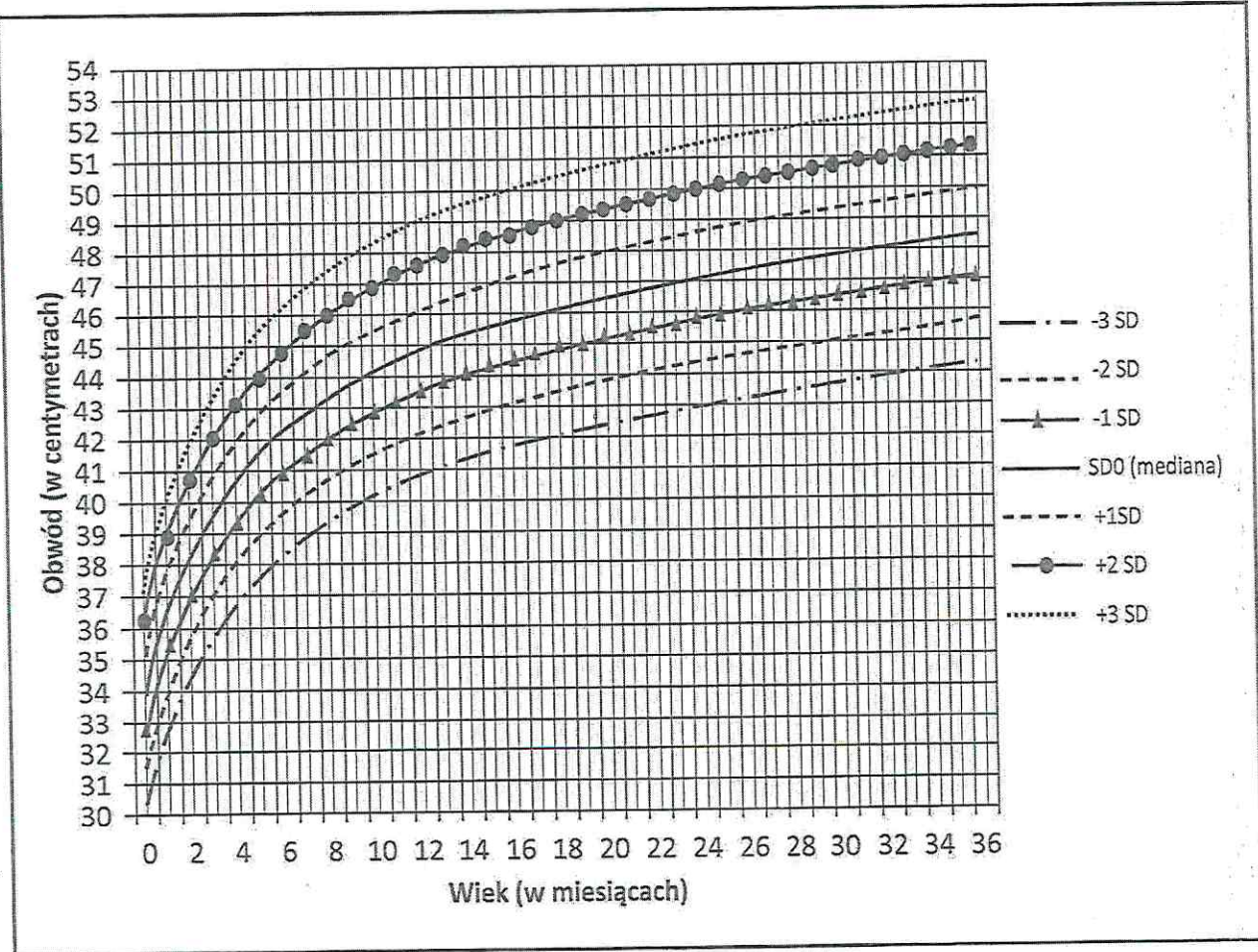
17. Zleczone badania diagnostyczne

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

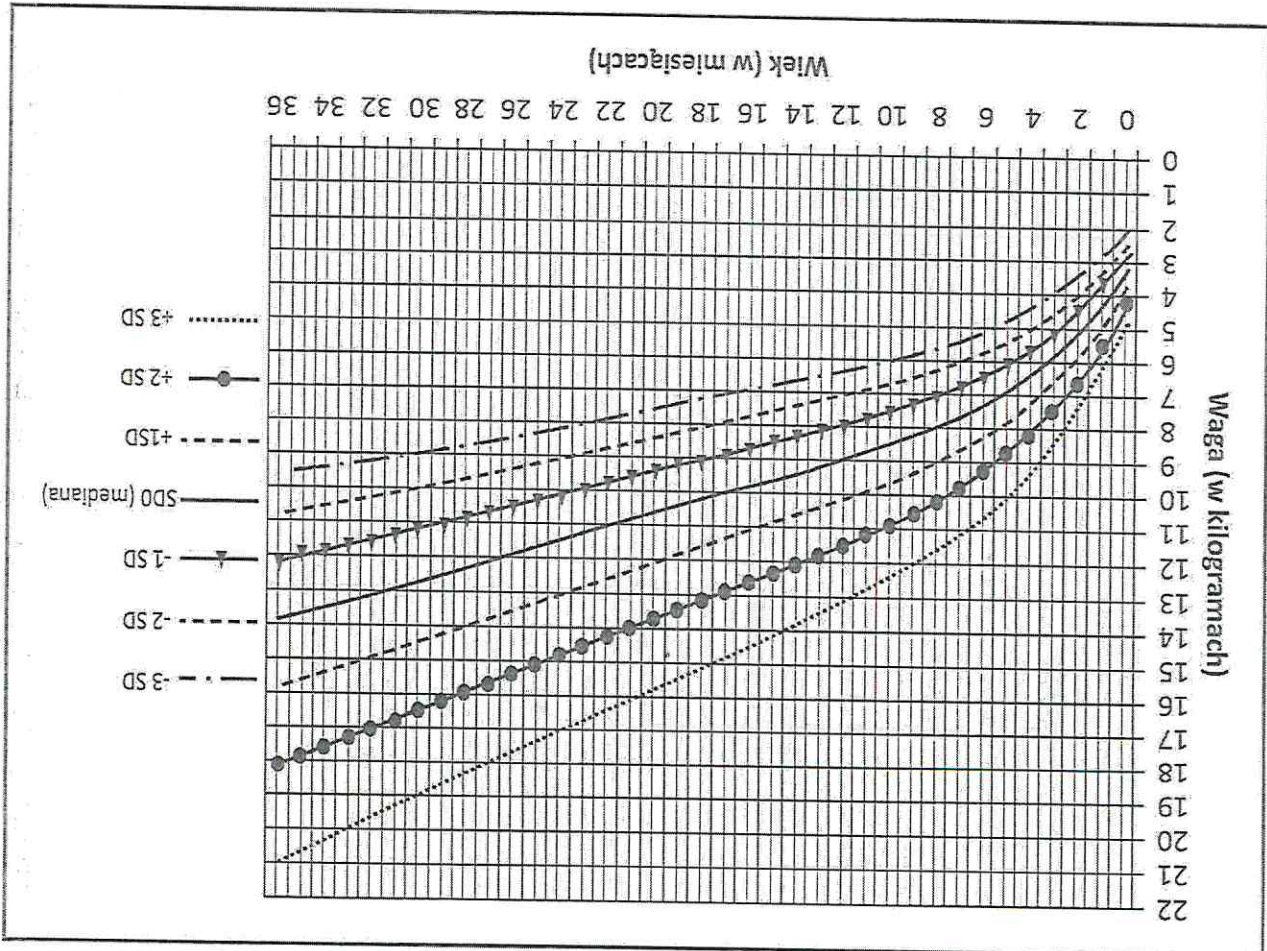
Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Siatka centylowa obwodu głowy dziewcząt w wieku 0-3 lat



Zródło: WHO

Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 0–3 lat



Źródło: WHO

XIV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6. miesiąc życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy wiek postkoncepcyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciemię przednie szwy czaszkowe
7. Przyjmowane leki
8. Test przesiewowy w kierunku:
Zaburzeń wzroku:
 zez: widoczny niewidoczny
 test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni
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
 9. 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

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie:

wyłączenie piersią
 mieszane
 sztuczne

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej

11. Ocena neurorozwojowa

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak nie
 trudności z karmieniem bezdech

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)

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia

15. Porada żywieniowa

Dieta witaminy

16. Zlecone konsultacje

17. Zlecone badania diagnostyczne

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej

XXXIV. Procedury radiologiczne

Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:

XV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 9. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy wiek postkoncepcyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciemię przednie szwy czaszkowe
7. Przyjmowane leki
8. Test przesiewowy w kierunku:
Zaburzeń wzroku:
zez: widoczny niewidoczny
test Hirscherberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni
Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy
Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne
9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zębokowanie, 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

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie:

- wyłącznie piersią
- mieszane
- szluczne

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej

11. Ocena neurorozwojowa

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
- 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 (któ opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia

15. Porada żywieniowa

- Dieta
- witaminy

16. Zlecone konsultacje

17. Zlecone badania diagnostyczne

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

18. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

XVII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 12. miesiące życia

1. Wiek kalendarzowy wiek poskoncepcyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciśnienie tętnicze krwi
7. Ciężkie przednie szwy czaszkowe.....
8. Przyjmowane leki

9. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

- zecz: widoczny niewidoczny
 test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni

Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

Wątrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

10. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zabrakowanie, 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
- jamna uszna/gardło
- węzły chłonne
- płuca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci i unodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

XXXII. ZWOLNIENIA Z ZAJĘĆ SPORTOWYCH

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

XXXI. ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego

11. Żywnienie:

- wylącznie piersią
 mieszane
 sztuczne

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej

12. Ocena neurorozwojowa

13. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
 trudności z karmieniem bezdechy
 wymioty dławki nieprawidłowe stolce
 trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra brak strumienia miki
 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)

14. Odchylenia w badaniach dodatkowych

15. Zalecenia

16. Porada żywieniowa

Dieta witaminy

17. Zlecone konsultacje

18. Zlecone badania diagnostyczne

Badanie okulistyczne

HOSPITALIZACJE

19. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

.....

.....

Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:

XVII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 2. rok życia

Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobyt od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Ciśnienie tętnicze krwi
6. Wskaźnik BMI
7. Ciemię przednie szwy czaszkowe
8. Przyjmowane leki

9. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

- zez: widoczny niewidoczny
 test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni

Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

10. 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
- pluca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

11. Żywnienie (częstość i objętość posiłków oraz napojów, stosowanie diet eliminacyjnych)

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak nie

trudności z karmieniem bezdechy

wymioty dławki 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)

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia

15. Porada żywieniowa

Dieta witaminy.....

16. Zleczone konsultacje

17. Zleczone badania diagnostyczne

18. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

XXIX. UCZULENIA I REAKCJE ANAFILAKTYCZNE

Na co	Data	Postępowanie	Oznaczenie lekarza

XVIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 4. rok życia

1. Wiek centyl
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Przyjmowane leki
7. Test przesiewowy w kierunku:
Zaburzeń wzroku:
zez: widoczny niewidoczny
test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni
Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy
Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne
8. Badanie lekarskie

- skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne
- płuca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia
- 9. Sprawność ruchowa i koordynacja
- 10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
- 11. Rozwój emocjonalny/społeczny
- 12. Ocena aktywności fizycznej
- 13. Problemy zdrowotne

Poradnia	Data pierwszej wizyty	Uwagi

XXVIII. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

- 14. Leczenie przewlekłe
- 15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
- 16. Odchylenia w badaniach dodatkowych
- 17. Zalecenia
- 18. Porada żywieniowa
- Dieta
- 19. Zlecone konsultacje
- 20. Zlecone badania diagnostyczne
- Data
- Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń
- Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Poradnia	Data pierwszej wizyty	Uwagi

XXVII. PRZEBYTE CHOROBY ZAKAŹNE

	Data zachorowania	Oznaczenie lekarza
Odra		
Ospa wietrzna		
Krzyszczak		
Różyczka		
Szkarlatyna		
Wirusowe zapalenie wątroby typu B		
Świnka		
Inne		

**XIX. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ
DZIECKA DO UKOŃCZENIA 4. ROKU ŻYCIA⁶⁾**

Data wizyty adaptacyjnej:

Wiek	6. m.ż.	9. m.ż.	12. m.ż.	2. r.ż.	4 r.ż.
Liczba zębów, w tym:					
z próchnicą P					
usuniętych U					
wypełnionych W					
Defekty szkliva	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi nazębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)					
Wady narządu żucia (jakiej?)					
Stan języka					
Stan przyzębia					
Parafunkcje					
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/dziennie					
Ryzyko próchnicy (wg pmv) ⁷⁾					
Zalecenia					
Data, oznaczenie lekarza dentystry					

⁶⁾ Wypełnia lekarz dentystra.

⁷⁾ Wskaznik intensywności próchnicy – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

**XX. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ 5. rok życia**

1. Wiek centyl
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe
 Wzrok: ostrość wzroku bez okularów w okularach OP OL
 wada refrakcji: widzenie barw: prawidłowe nieprawidłowe
 inne zaburzenia
8. Badanie lekarskie
 skóra
 głowa
 szyja
 oczy
 uszy
 jama ustna/gardło
 węzły chłonne
 płuca
 serce
 brzuch
 układ moczowo-płciowy
 układ kostno-stawowy
 stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
11. Rozwój emocjonalny/społeczny
12. Ocena aktywności fizycznej
13. Problemy zdrowotne

BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ⁶⁾

Wiek	12. r.ż.		13. r.ż.		16. r.ż.		19. r.ż.	
	M	S	M	S	M	S	M	S
Zęby								
Liczba zębów, w tym:								
z próchnicą P								
usuniętych U								
wypełnionych W								
Defekty szkliva	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi nazębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)								
Zgryz/wady narządu żucia (fakie?)								
Stan języka								
Stan przyzębia								
Parafunkcje								
Częstość szczotkowania pastą z fluoran/ dziennie								
Ryzyko próchnicy (wg puw, PUW ⁷⁾)								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentysty								

⁶⁾ Wypchnia lekarz dentysta.

⁷⁾ Wskaźnik intensywności próchnicy – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

XXVI. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ⁶⁾

M – zęby mleczne, S – zęby stałe

Wiek	5. r.ż.		6. r.ż.		7. r.ż.		10. r.ż.	
	M	S	M	S	M	S	M	S
Zęby								
Liczba zębów, w tym:								
z próchnicą P								
usuniętych U								
wypełnionych W								
Defekty szkliva	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi narzębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)								
Zgryz/wady narządu żucia (jakie?)								
Stan języka								
Stan przyzębia								
Parafunkcje								
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/dziennie								
Ryzyko próchnicy (wg puw, PUW) ⁷⁾								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentysty								

⁶⁾ Wypełnia lekarz dentysta.

⁷⁾ Wskaźnik intensywności próchnicy – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

14. Leczenie przewlekłe

15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

16. Odchylenia w badaniach dodatkowych

17. Zalecenia

18. Porada żywieniowa

Dieta witaminy

19. Zlecone konsultacje

20. Zlecone badania diagnostyczne

21. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

**XXI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ 6. rok życia (roczne obowiązkowe
przygotowanie przedszkolne)⁸⁾**

1. Wiek centyl
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe

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

Sluch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy

Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa kolana koślawe
stopy płasko-koślawe
inne odchylenia

8. Badanie lekarskie

- skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama usna/gardło
- węzły chłonne
- płuca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-sławowy
- stan odżywienia

9. Sprawność ruchowa i koordynacja

10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy

⁸⁾ W przypadku gdy badanie przesiewowe nie było wykonane w terminie, wykonuje się je w I klasie szkoły podstawowej.

15. Leczenie przewlekłe

16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

17. Odchylenia w badaniach dodatkowych

18. Zalecenia

19. Porada żywieniowa

Dieta witaminy

20. Zlecone konsultacje.....

21. Zlecone badania diagnostyczne

Data Oznaczenie lekarza

**XXV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ 18-19. rok życia**

1. Wiek
 2. Masa ciała kg centyl
 3. Wzrost cm centyl
 4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
 5. Wskaźnik BMI centyl
 6. Dieta
 7. Testy przesiewowe
 8. Badanie lekarskie
- Wzrok: ostrość wzroku bez okularów w okularach OP OL
- wada refrakcji inne zaburzenia
- inne zaburzenia
- Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
- Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
- nadmierna kifoza piersiowa inne odchylenia
- Badanie lekarskie
- skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne
- pluca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja
 10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
 11. Rozwój emocjonalny/społeczny
 12. Ocena dojrzenia płciowego
 13. Ocena aktywności fizycznej
 14. Problemy zdrowotne

11. Rozwój emocjonalny/społeczny
 12. Ocena aktywności fizycznej
 13. Ocena zdrowotnej dojrzałości szkolnej i lateralizac (przy rozpoczęciu nauki)
 14. Problemy zdrowotne
 15. Leczenie przewlekłe
 16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
 17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
 18. Zalecenia
 19. Porada żywieniowa
 - Dieta witaminy
 20. Zlecone konsultacje
 21. Zlecone badania diagnostyczne
 22. Ocena gotowości szkolnej
 23. Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego: tak nie
 24. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie
- Data Oznaczenie lekarza

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

1. Wiek
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciężnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dieta
7. Testy przesiewowe
Wzrost: osłonka wzroku bez okularów w okularach OP OL
- wada refrakcji widzenie barw: prawidłowe nieprawidłowe
- inne zaburzenia
- Sluch: test szepclem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
- Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
- inne odchylenia
8. Badanie lekarskie
skóra
- głowa
- szyja
- oczy
- uszy
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne
- płuca
- serce
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
11. Rozwój emocjonalny/społeczny
12. Ocena dojrzałości płciowej
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne

15. Leczenie przewlekłe

16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

17. Odchylenia w badaniach dodatkowych

18. Zalecenia

19. Porada żywieniowa

Dieta witaminy

20. Zleczone konsultacje

21. Zleczone badania diagnostyczne

Data Oznaczenie lekarza

**XXIV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ 15-16. rok życia**

1. Wiek
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dieta
7. Testy przesiewowe
 Wzrost: ostrość wzroku bez okularów w okularach OP OL
 wada refrakcji inne zaburzenia
8. Badanie lekarskie
 inne zaburzenia
 Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
 Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
 nadmierna kifoza piersiowa inne odchylenia
9. Badanie lekarskie
 skóra
 głowa
 szyja
 oczy
 uszy
 jama ustna/gardło
 węzły chłonne
 płuca
 serce
 brzuch
 układ moczowo-płciowy
 układ kostno-stawowy
 stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
11. Rozwój emocjonalny/społeczny
12. Ocena dojrzewania płciowego
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne

15. Leczenie przewlekłe

16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

17. Odchylenia w badaniach dodatkowych

18. Zalecenia

19. Porada żywieniowa

Dieta witaminy

20. Zlecone konsultacje

21. Zlecone badania diagnostyczne

22. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie lekarza

XXIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ 12-13. rok życia

1. Wiek
2. Masa ciała kg centyl
3. Wzrost cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dicia.....
7. Testy przesiewowe
Wzrost: ostrość wzroku bez okularów w okularach OP OL
wada refrakcji:..... widzenie barw: prawidłowe nieprawidłowe
inne zaburzenia
8. Badanie lekarskie
Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
nadmierne kifoza piersiowa inne odchylenia
9. Badanie lekarskie
skóra
10. głowa.....
11. szyja.....
12. oczy
13. uszy
14. jama ustna/gardło
15. węzły chłonne
16. płuca
17. serce
18. brzuch
19. układ moczowo-płciowy
20. układ kosmowo-stawowy
21. stan odżywienia
22. 9. Sprawność ruchowa i koordynacja
23. 10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
24. 11. Rozwój emocjonalny/społeczny
25. 12. Ocena dojrzewania płciowego
26. 13. Ocena aktywności fizycznej
27. 14. Problemy zdrowotne

28. 15. Leczenie przewlekłe.....
29. 16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
30. 17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
31. 18. Zalecenia.....
32. 19. Porada żywieniowa.....
Dieta witaminy
33. 20. Zlecone konsultacje.....
34. 21. Zlecone badania diagnostyczne

Data

Oznaczenie lekarza