

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

.....

.....

XVI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 12. 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. Ciśnienie tętnicze krwi
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
 płuca
 serce
 brzuch
 układ moczowo-płciowy
 układ kostno-stawowy
 stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych 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