

## XXX. HOSPITALIZACJE

|                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| Oznaczenie szpitala     | <b>Rozpoznanie:</b>              |
| pobyt od ..... do ..... | Oznaczenie lekarza wypisującego: |
| Oznaczenie szpitala     | <b>Rozpoznanie:</b>              |
| pobyt od ..... do ..... | Oznaczenie lekarza wypisującego: |
| Oznaczenie szpitala     | <b>Rozpoznanie:</b>              |
| pobyt od ..... do ..... | Oznaczenie lekarza wypisującego: |
| Oznaczenie szpitala     | <b>Rozpoznanie:</b>              |
| pobyt od ..... do ..... | Oznaczenie lekarza wypisującego: |

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

1. Wiek kalendarzowy ..... wiek postkoncepcyjny<sup>2)</sup> .....
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 .....

pięta .....

serce .....

brzuch .....

układ moczowo-płciowy .....

układ kostno-stawowy .....

stan odżywienia .....

<sup>2)</sup> 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  drgawki  nieprawidłowe stolce
- trudności z mikcją, pieluchowanie  brak strumienia mikcji  częste infekcje
- brak należnego dla wieku rozwoju mowy: brak zdań dwuwyrzowych
- 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. Zlecone konsultacje
- .....

17. Zlecone 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 |
|-------|------|--------------|--------------------|
|       |      |              |                    |
|       |      |              |                    |
|       |      |              |                    |
|       |      |              |                    |
|       |      |              |                    |
|       |      |              |                    |
|       |      |              |                    |