

XXXVII. PRZEBYTE CHOROBY ZAKAŻNE

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

**XIX. BADANIE STANU UŻĘBIENIA 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 (jakie?)					
Stan języka					
Stan przyzębia					
Parafunkcje					
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/dziennie					
Ryzyko próchnicy (wg pmw) ⁷⁾					
Zalocenia					
Data, oznaczenie lekarza dentystry					

⁶⁾ Wypełnia lekarz dentysta.

⁷⁾ Wskaźnik 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
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. **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 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 (jakie?)								
Stan języka								
Stan przyzębia								
Parafunkcje								
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/dziennie								
Ryzyko próchnicy (wg puw, PUW) ⁷⁾								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza denty								

⁶⁾ Wypełnia lekarz denty.

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