

KARTA WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO UCZNIĄ

Proszę o wypełnienie i przekazanie do gabinetu szkolnego Karty Wywiadu Środowiskowego Ucznia. Dane uzyskane z wywiadu posłużą do realizacji świadczeń w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniem w środowisku nauczania i wychowania, polegających m. in. na:

- wykonywaniu i interpretowaniu testów przesiewowych u ucznia klasy „0”/ I, III, V szkoły podstawowej, I klasy gimnazjum, I oraz ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej, a także kierowanie postępowaniem poprzemiesiowym;
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia;
- profilaktyce próchnicy zębów u uczniów klas I – VI szkół podstawowych;
- opieki czynnej nad uczniami przewlekle chorymi lub z problemem zdrowotnym;
- kontroli higieny i czystości uczniów ze szczególnym uwzględnieniem skóry głowy i włosów;
- udzielaniu pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, zachorowaniach lub zatruciach u uczniów.

Dostarczenie Karty oznacza wyrażenie przez Państwa zgody na wykonywanie u dziecka wyżej wymienionych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę / higienistkę szkolną.

W celu zapewnienia jak najlepszej opieki nad dzieckiem podczas pobytu w szkole, proszę o bieżące informowanie pielęgniarki/ higienistki szkolnej o wszelkich zmianach w stanie zdrowia dziecka.

Jednocześnie informuję, że pozyskane dane są objęte tajemnicą medyczną.

Data, podpis i pieczęć pielęgniarki / higienistki szkolnej:

Dane osobowe dziecka.

Imię i nazwisko ucznia: data urodzenia:

PESEL: adres zamieszkania:

Nazwa i adres przychodni lekarza rodzinnego, do której zadeklarowane jest uczeń:

Dane dotyczące stanu zdrowia dziecka.

1. Przebyte choroby (rok życia, rodzaj):

2. Przebyte urazy (rok życia, rodzaj):

3. Przebyte zabiegi operacyjne (rok życia, rodzaj):

4. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? Jeśli tak, to proszę o zaznaczenie odpowiednich pozycji z listy i podanie nazwy leków jakie dziecko przyjmuje oraz sposobu ich dawkowania:

padaczka; leki; dawkowanie:

cukrzyca; leki; dawkowanie:

choroby serca; leki; dawkowanie:

- alergia, na co:; leki
dawkowanie:
- alergia na leki, jakie:
- inne, jakie:; leki
dawkowanie:
5. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej?
- Nie
- Tak, jakiej? z jakiego powodu:
6. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?
- Nie
- Tak, z jakiego powodu, stopień niepełnosprawności:
7. Czy wyraża Pan(i) zgodę na podanie leków: paracetamol, ibuprom, no-spa, krople żołądkowe, inne, jakie:
..... w przypadku nagłego zachorowania / wypadku dziecka;
- Tak Nie
8. Profilaktyka próchnicy zębów polega na nadzorowanym szczotkowaniu przez dzieci uzębienia preparatem fluorkowym. Zabieg ten przeprowadza się 6-ciokrotnie co 6 tygodni w ciągu roku szkolnego. W trakcie fluoryzacji dziecko uczy się prawidłowego szczotkowania zębów oraz wyrabia właściwe nawyki higieniczne. Jest to prosta i skuteczna metoda zapobiegania próchnicy.
- Czy wyraża Pan(i) zgodę na udział dziecka w grupowej profilaktyce próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi.
- Tak Nie
9. Proszę o podanie indywidualnych zaleceń w zakresie opieki zdrowotnej nad dzieckiem podczas jego pobytu w szkole:
-
-
-

Dane kontaktowe opiekunów dziecka.

Proszę o wskazanie osób, które należy zawiadomić w przypadku nagłego zachorowania, wypadku lub zatrucia u dziecka podczas pobytu w szkole:

- Imię i nazwisko: stopień pokrewieństwa
- telefon:
- Imię i nazwisko: stopień pokrewieństwa
- telefon:

Data i czytelny podpis rodziców / opiekunów prawnych lub faktycznych dziecka: