

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ**  
**KLASY I GIMNAZJUM / KLASY I SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ**  
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową;  
**kolejność wypełniania:** 1- nauczyciel, 2- pielęgniarka, 3- rodzic/opiekun, 4-lekarz)

Nazwisko i imię: .....

data urodzenia: .....

płeć\*: K / M

klasa.....

**1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU**

**Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:**

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

**Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka:** .....

**Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:** .....

**Czy dziecko:**

- ma uczulenie (alergie)\*: NIE, TAK – na co .....  
objawy uczulenia: .....
- używa\*: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych
- przyjmuje leki\*: NIE, TAK – jakie: .....
- jest pod opieką poradni specjalistycznej\*: NIE, TAK – jakiej:.....

**Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach\*:** częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne – jakie: .....

**Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka\*:** NIE, TAK – podać co: .....

**Inne uwagi i życzenia rodziców:** .....

data: .....

podpis rodzica / opiekuna:.....

**2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY**

**Wymowa\*:** prawidłowa, nieprawidłowa – jaka .....

**Sprawność fizyczna\*:** powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej<sup>1</sup>

**Uzdolnienia:** .....

**Zachowanie\*:** nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia – jakie: .....

**Wyniki w nauce\*:** bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej

**Absencja szkolna\*:** powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

**Trudności szkolne\*:** nie występują, występują – jakie: .....

**Relacje z rówieśnikami\*:** prawidłowe, nieprawidłowe – jakie: .....

**Inne uwagi:** .....

data:.....

podpis wychowawcy:.....

\* Właściwe podkreślić.

<sup>1</sup> Wypełnić na podstawie informacji od nauczyciela wychowania fizycznego;

Nazwisko i imię ucznia: .....

data:.....

### 3. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

**Wysokość ciała:** .....cm .....centyl      **Masa ciała:** .....kg      **BMI:** ..... kg/m<sup>2</sup> ..... centyl

**Wzrok:** Ostrość wzroku: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Inne zaburzenia:\*\* .....

**Słuch:** test<sup>2</sup>\*: szeptem, audiometryczny\*: prawidłowy, nieprawidłowy

**Układ ruchu\*:** prawidłowy, podejrzenie bocznego skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

**Ciężenie tętnicze krwi:** .....mmHg .....centyl

**Inne uwagi:** .....  
.....

Pieczęć i podpis pielęgniarki / higienistki: .....

.....  
pieczęć podmiotu leczniczego  
podstawowej opieki zdrowotnej

### 4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

**Rozwój fizyczny\*:** prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia \*\* .....

**Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera:**.....

**Wiek menarche:** ..... lat .....mies. Przebieg miesiączkowania\*\*:

**Rozwój psychospołeczny\*:** prawidłowy, nieprawidłowy\*\* .....

**Układ ruchu\*:** prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa \*\* .....

inne odchylenia\*\*:

**Tarczycza\*:** prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości\*\* .....

**Jama ustna\*\*:**.....

**Skóra:\*\*** .....

**Pozostałe układy\*:** prawidłowe, nieprawidłowe\*\* .....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie: .....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF\*: A A<sub>S</sub> B B<sub>K</sub> C C<sub>L</sub> - zalecenia: .....

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach\*: TAK, NIE

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU\*: NIE, TAK – jakie: .....

ZALECENIA: .....

data:.....

podpis i pieczęć lekarza:.....

\*\* Wpisać rodzaj odchyień.