

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ
KOŃCĄCEGO SZKOŁĘ PONADGIMNAZJALNĄ**
(informacja tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową;
kolejność wypełniania: 1-uczeń, 2-pielęgniarka, 3-lekarz)

Nazwisko i imię: data urodzenia:
płeć*: K / M klasa.....

1. INFORMACJE UCZNIĄ

Przebyte choroby i urazy w czasie nauki w szkole:

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

Czy w ostatnich 6 miesiącach miałeś/aś*:

- częste: bóle głowy, brzucha, pleców, szyi, zawroty głowy, zaparcia, biegunki, brak apetytu, zdenerwowanie, przygnębienie; dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, katar, zmiany na skórze, trudności w zasypianiu, lęki;
- uczulenie (alergię) – na co?
- inne dolegliwości i niepokojące objawy – jakie:

Czy w ostatnich 3 miesiącach używałeś/aś leków*: NIE, TAK – jakich
z jakiego powodu

Kiedy ostatni raz byłeś/aś badany/a przez lekarza.....
z powodu stomatologa

Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK – jakiej
..... z jakiego powodu.....

Czy masz trudności w szkole*: NIE, TAK – jakie.....

Czy sądzisz, że twoje zdrowie jest*: BARDZO DOBRE, DOBRE, RACZEJ ZŁE, ZŁE

Czy masz jakieś problemy i trudności, o których chciałbyś (chciałabyś) porozmawiać z:
lekarzem* NIE, TAK; psychologiem* NIE, TAK;

Dotyczy tylko dziewcząt: wiek pierwszej miesiączkilatmiesiący
Co ile dni występuje miesiączka..... ile dni trwa.....
Czy masz w czasie jej trwania dolegliwości* NIE, TAK – jakie.....

Czy w bieżącym roku szkolnym uczestniczysz w lekcjach WF*:
SYSTEMATYCZNIE, NIESYSTEMATYCZNIE, JESTEM ZWOLNIONY(-A)

Czy uczestniczysz systematycznie w zajęciach ruchowych poza szkołą*: NIE, TAK – jakich

Czy uważasz, że twoja sprawność fizyczna jest*: BARDZO DOBRA, DOBRA, DOŚĆ DOBRA, ZŁA

Czy palisz papierosy*: NIE, TAK – ile przeciętnie wypalasz: dziennie w tygodniu

Czy po skończeniu obecnej szkoły zamierzasz uczyć się dalej*: NIE, TAK -w jakiej uczelni
zawód/ kierunek studiów

data..... podpis ucznia.....

* Właściwe podkreślić;

Nazwisko i imię ucznia :

data:

2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała:cmcentyl **Masa ciała:**kg **BMI:** kg/m² centyl

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

Inne zaburzenia **

Ciśnienie tętnicze krwi.....mm Hg centyl

Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF⁺: A A_S B B_K C C_L

Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej

Pieczęć i podpis pielęgniarki / higienistki:

.....
pieczęć podmiotu leczniczego
podstawowej opieki zdrowotnej

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny⁺: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia **

Dojrzewanie płciowe^{}** według skali Tannera

Tarczycyca⁺: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości **

Wiek menarche: lat mies. Przebieg miesiączkowania**:

Rozwój psychospołeczny⁺: prawidłowy, nieprawidłowy **

Układ ruchu⁺: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia **

Skóra^{}** :

Jama ustna^{}**

Pozostałe układy⁺: prawidłowe, nieprawidłowe **

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU⁺: NIE, TAK – jakie

ZALECENIA

data

podpis i pieczęć lekarza

* właściwe podkreślić
** podać jakie