

199



KSIĄŻECZKA ZDROWIA DZIECKA

Ministerstwo Zdrowia

Zgodna ze wzorem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r., załącznik 6



KSIĄŻECZKA ZDROWIA DZIECKA

Ministerstwo Zdrowia

Wydawca:
Leszek Nowicki – www.pieknenarodziny.pl

Dystrybucja:
PRENATALIS sp. z o.o. Warszawa
Al. Jerozolimskie 96, tel. 887 118 118
www.akademiapolozonej.pl

1. Książeczkę zdrowia dziecka należy przechowywać w sposób uniemożliwiający osobom nieuprawnionym dostęp do zawartych w niej informacji.
2. Książeczkę zdrowia dziecka należy okazywać przy każdej wizycie pediatrycznej, badaniu profilaktycznym, w tym również badaniu stomatologicznym, wizycie w poradni specjalistycznej oraz w szpitalu, w celu dokonania wpisu przez lekarza, położną lub pielęgniarkę, a także w innych przypadkach, gdy zawarte w niej informacje są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.
3. Obowiązkiem rodziców jest zgłaszanie się z dzieckiem na szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym (art. 17 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.).
4. Wykonane szczepienia należy odnotować w książeczce szczepień wydanej na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, dołączonej do książeczki zdrowia dziecka.

SPIS TREŚCI

I. Dane osobowe dziecka	5
II. Dane rodziców/opiekunów dziecka	5
III. Okres prenatalny (ciąża)	6
IV. Poród	8
V. Stan noworodka po urodzeniu	9
VI. Obserwacja noworodka	10
VII. Dane noworodka w dniu wypisu ze szpitala albo przekazania opieki nad dzieckiem urodzonym w warunkach pozaszpitalnych pod opiekę późniejszą podstawowej opieki zdrowotnej	12
VIII. Wizyty patronażowe	14
IX. Wizyty profilaktyczne – 0.-4. rok życia	19
X. Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej dziecka do ukończenia 4. roku życia	33
XI. Wizyty profilaktyczne – 5.-19. rok życia	34
XII. Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej	44
XIII. Przebyte choroby zakaźne	46
XIV. Konsultacje specjalistyczne	47
XV. Uczulenia i reakcje anafilaktyczne	49
XVI. Hospitalizacje	50
XVII. Zaopatrzenie w sprzęt i wyroby medyczne	52
XVIII. Zwolnienia z zajęć sportowych	53
XIX. Uwagi	54

TERMINY KOLEJNYCH WIZYT PROFILAKTYCZNYCH

[illegible]

I. DANE OSOBOWE DZIECKA

- [illegible]

7. Grupa krwi i czynnik Rh¹⁾

Wpisane na podstawie badania nr

Data

Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

II. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW DZIECKA

1. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego
2. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego
3. Numer telefonu kontaktowego rodziców/opiekunów prawnych

¹⁾ Ježeli oznaczono po urodzeniu.

III. OKRES PRENATALNY (CIAŻA)

1. Wiek matki
2. Grupa krwi czynnik Rh matki
3. Podano immunoglobulinę anty-RhD:
profilaktyka śródciażowa: tak ☐ nie ☐
profilaktyka poporodowa: tak ☐ nie ☐
4. Ciąży (która z kolei) pojedyncza ☐ wielopłodowa ☐
5. Narażenia na czynniki szkodliwe w czasie ciąży
- (rodzaj czynnika, czas trwania i wiek ciąży)
6. Szczepienia wykonane w czasie ciąży
- (rodzaj szczepienia; wiek ciąży)
7. Leki przyjmowane w czasie ciąży
- (dawkę, okres przyjmowania; wiek ciąży)

8. Przebieg ciąży:

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | nieprawidłowości przepływu |
| <input type="checkbox"/> | nieprawidłowości łożyska |
| <input type="checkbox"/> | wielowodzie |
| <input type="checkbox"/> | małowodzie |
| <input type="checkbox"/> | hipotrofia płodu: |
| <input type="checkbox"/> | wczesna |
| <input type="checkbox"/> | późna |
| <input type="checkbox"/> | symetryczna |
| <input type="checkbox"/> | asymetryczna |
| <input type="checkbox"/> | wady w budowie ciała płodu |
| <input type="checkbox"/> | nieprawidłowe położenie płodu |
| <input type="checkbox"/> | osłabione ruchy płodu |
| <input type="checkbox"/> | zaburzenia czynności serca płodu |
| <input type="checkbox"/> | niedokrwistość |

III. OKRES PRENATALNY (CIAŻA)

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | niedoczynność tarczycy |
| <input type="checkbox"/> | nadczynność tarczycy |
| <input type="checkbox"/> | cukrzyca ciężarnych |
| <input type="checkbox"/> | cukrzyca typu I |
| <input type="checkbox"/> | cukrzyca typu II |
| <input type="checkbox"/> | cholestaza |
| <input type="checkbox"/> | zespół HELLP |
| <input type="checkbox"/> | choroby serca |
| <input type="checkbox"/> | nadciśnienie tętnicze przewlekłe |
| <input type="checkbox"/> | nadciśnienie tętnicze ciążowe |
| <input type="checkbox"/> | stan przedrzucawkowy |
| <input type="checkbox"/> | rzucawka |
| <input type="checkbox"/> | drgawki |
| <input type="checkbox"/> | omdlenia |
| <input type="checkbox"/> | konflikt serologiczny |
| <input type="checkbox"/> | leczenie wewnątrzmaciczne płodu |
| <input type="checkbox"/> | białkomocz |
| <input type="checkbox"/> | inne |

Data

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

IV. PORÓD

- Miejsce urodzenia: szpital ☐ dom ☐ inne ☐
- Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą.....
- Ukończony tydzień ciąży
- Poród: spontaniczny ☐ indukowany ☐
pojedynczy ☐ mnogi ☐ dziecko, które z kolei
siłami natury ☐
- zabiegowy: kleszcze ☐ vacuum ☐ pomoc ręczna ☐
operacyjny (cięcie cesarskie): nagie ☐ elektryczne ☐
- Wskazania do porodu zabiegowego albo operacyjnego:
nieprawidłowe położenie/ ułożenie płodu ☐ nieprawidłowa czynność skurczowa macicy ☐
stan septyczny ☐ krwawienie w I okresie ☐
inne
- Objawy zagrożenia płodu
- Czas trwania I okresu czas trwania II okresu
- Płyn owodniowy: przejrzysty ☐ mętny ☐ zielony ☐ żółty ☐ krwisty ☐
cuchnący ☐ brak ☐
odpłynął: w czasie porodu ☐ godzin przed porodem
- Sposób łagodzenia bólu porodowego
- Leki stosowane w czasie porodu
- Pobrano krew płowinową: tak ☐ nie ☐
- Uwagi

Data
Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

V. STAN NOWORODKA PO URODZENIU

- Urodzeniowa masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
- Długość ciała cm
- Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
- Obwód klatki piersiowej cm
- Ocena wg skali Apgar:

Minuta życia:	1.	3.	5.	10.	(odchylenia w badaniu):
Czynność serca					
Oddech					
Napięcie mięśni					
Odruchy					
Zabarwienie skóry					
RAZEM pkt.					

6. Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu:

- odśluszuwanie ☐
- osuszenie ☐
- zaopatrzenie pępowiny ☐
- profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka ☐
- podanie witaminy K ☐
- podanie tlenu ☐ od..... do min
- sztuczna wentylacja ☐ od..... do min
- intubacja ☐ w min
- masaż serca ☐ od..... do min
- cewnikowanie naczyń pępowinowych ☐
- 7. Krew pępowinowa (tętnica, żyła): pH BE inne.....
- 8. Saturacja (mierzona na prawej kończynie górnej, między 2. a 24. godz. życia).....
- 9. Echo serca (gdy saturacja poniżej 96%).....
- 10. Leki.....
- 11. Kontakt noworodka z matką „skóra do skóry”: tak ☐ nie ☐
Czas trwania; jeżeli krócej niż 2 godziny, powód przerwania:
- 12. Czy dziecko zaczęło ssać pierś: tak ☐ nie ☐

Data

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

VI. OBSERWACJA NOWORODKA

1. Najniższa masa ciała g w dobie
2. Karmienie: naturalne ☐ sztuczne ☐ mieszane ☐ preparat
3. Koordynacja procesu ssania - polykanie: zadowolająca ☐ niezadowolająca ☐
dziecko żywotne: tak ☐ nie ☐
rytm sen - czuwanie: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐
adekwatne do sytuacji reakcje na:
dotyk: tak ☐ nie ☐
dźwięk: tak ☐ nie ☐
światło: tak ☐ nie ☐
zmianę pozycji ciała: tak ☐ nie ☐

4. Żółtaczka fizjologiczna: od do doby
Maksymalne stężenie bilirubiny w dobie

5. Inne.....

6. Badanie lekarskie przedmiotowe.....

7. Poszerzone badanie kliniczne noworodka ☐ data i godzina.....

8. Uwagi.....

9. Wyniki badań dodatkowych.....

10. Stan pediatryczny wymagający przejściowej obserwacji (do 7 dni) ☐

11. Rozpoznanie i epikryza.....

Data

Oznaczenie lekarza

VI.1. DODATKOWA INFORMACJA O POBYCIE W SZPITALU

Rozpoznanie i epikryza

Data

Oznaczenie lekarza

VII. DANE NOWORODKA W DNIU WYPISU ZE SZPITALA ALBO PRZEKAZANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM URODZONYM W WARUNKACH POZASZPITALNYCH POD OPIEKĘ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Data (rrrr-mm-dd)
2. Wiek kalendaryzowy..... wiek postkoncepcyjny²⁾
3. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Długość ciała cm
5. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
6. Ciemię przednie szwy czaszkowe
7. Badanie przedmiotowe
8. Noworodek wypisany ze szpitala: do domu ☐ do innego oddziału ☐
na żądanie rodziców ☐
9. Stan noworodka w dniu wypisu albo przekazania opieki: zdrowy, bez zastrzeżeń ☐
wymaga dalszej obserwacji, diagnozowania albo leczenia ☐
10. Wykonano szczepienia obowiązkowe: tak ☐ nie ☐
11. Badania przesiewowe:
Pobrano krew na bibułę: tak ☐ nie ☐
Kod bibuły³⁾ I i data pobrania
Kod bibuły³⁾ II i data pobrania (na wezwanie)
Bibułę z kodem³⁾
przekazano do
12. Inne badania wykonane w dniu wypisu
- Badanie słuchu I
Data badania (rrrr-mm-dd)
- Wynik badania: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐
- Badanie słuchu II
Data badania (rrrr-mm-dd)
- Wynik badania: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.
³⁾ Może być wklejony.

13. Wrodzone wady rozwojowe
- Zgłoszono do rejestru wrodzonych wad rozwojowych w dniu
14. Zlecone konsultacje specjalistyczne i badania:
USG stawów biodrowych ☐
Badanie okulistyczne⁴⁾ ☐
Inne.....
15. Przepisane leki, witaminy
16. Karmienie
17. Zalecenia lekarskie
18. Zalecenia pielęgnacyjne.....
19. Poinformowano o czynnikach ryzyka nagłej śmierci łóżeczkowej: tak ☐ nie ☐
20. Przeprowadzono instruktaż karmienia piersią: tak ☐ nie ☐
21. Poinformowano o konieczności wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:
tak ☐ nie ☐
22. Poinformowano o konieczności wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:
tak ☐ nie ☐
23. Poinformowano o konieczności wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej:
tak ☐ nie ☐
- Data

Oznaczenie lekarza albo położnej

⁴⁾ W przypadku niemowląt urodzonych przed 32. tygodniem ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 1500 g albo niemowląt urodzonych przed 36. tygodniem ciąży z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii.

VIII. WIZYTY PATRONAŻOWE
VIII.1. WIZYTA PATRONAŻOWA LEKARZA PODSTAWOWEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ – 1.-4. tydzień życia

8. Żywnienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego)
9. Ocena neurorozwojowa

14

- Data.....
- Oznaczenie lekarza.....

VIII.2. WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ – 1.-6. tydzień życia

1. Data I. wizyty

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data Oznaczenie położnej

1. Data II. wizyty

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data Oznaczenie położnej

1. Data III. wizyty

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data Oznaczenie położnej

1. Data IV. wizyty

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data Oznaczenie położnej

1. Data V. wizyty

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data Oznaczenie położnej

1. Data VI. wizyty

2. Wiek dziecka

3. Opis wizyty

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

5. Zalecenia

.....

6. Data następnej wizyty

Data Oznaczenie położnej

VIII.3. WIZYTY PATRONAŻOWE PIELEŃIARKI

1. Data I. wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty
4. Zalecenia
5. Data następnej wizyty⁵⁾

Data Oznaczenie pielęgniarki

1. Data II. wizyty⁵⁾
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty
4. Zalecenia

Data Oznaczenie pielęgniarki

⁵⁾ W przypadku gdy w czasie wizyty stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia dziecka.

IX. WIZYTY PROFILAKTYCZNE – 0.-4. rok życia IX.1. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ

OPIEKI ZDROWOTNEJ – 6.-9. tydzień życia (w terminie odpowiadającym
szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciemię przednie szwy czaszkowe
7. Przyjmowane leki

8. 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 ☐

Wrodzonej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐

9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej – guzki Bohna, pęty

Ebsteina, nadżiałaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)

skóra

głowa

szyja

oczy

uszy

jama ustna/gardło

węzły chłonne

płuca

serce

brzuch

układ moczowo-płciowy

układ kostno-stawowy

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

stan odżywienia

10. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego)

11. Ocena neurorozwojowa

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐

trudności ze ssaniem ☐ trudności z połykaniem ☐

bezdechy ☐ wymioty ☐ drgawki ☐ płacz przenikliwy ☐ kwilenie ☐

brak reakcji na dźwięki ☐

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

Data

Oznaczenie lekarza

Oznaczenie pielęgniarki

IX.2. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ

OPIEKI ZDROWOTNEJ – 3.-4. miesiąc życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾

2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)

3. Długość ciała cm

4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)

5. Obwód klatki piersiowej cm

6. Ciemię przednie szwy czaszkowe

7. Przyjmowane leki

8. 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 ☐

Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐

9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku)

skóra

głowa

szyja

oczy

uszy

jama ustna/gardło

węzły chłonne

płuca

serce

brzuch

układ moczowo-płciowy

układ kostno-stawowy

stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego)

11. Ocena neurorozwojowa

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐
trudności ze ssaniem ☐ trudności z połknięciem ☐
nieprawidłowe stolce ☐ bezdechy ☐ wymioty ☐ drgawki ☐
brak odwracania głowy w kierunku dźwięku ☐
brak łączenia rąk w linii środkowej ☐
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

Data Oznaczenie lekarza

Oznaczenie pielęgniarki

IX.3. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ

OPIEKI ZDROWOTNEJ – 6. miesiąc życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy wiek postkoncepcyjny²⁾

2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)

3. Długość ciała cm

4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)

5. Obwód klatki piersiowej cm

6. Ciemnię przednie szwy czaszkowe

7. Przyjmowane leki

8. 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 ☐

Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐

9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy)

skóra

głowa

szyja

oczy

uszy

jama ustna/gardło

węzły chłonne

płuca

serce

brzuch

układ moczowo-płciowy

układ kostno-stawowy

stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej)
11. Ocena neurorozwojowa
12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐
trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐
wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐
brak reakcji na dźwięk, telefon, głos opiekuna ☐
brak zainteresowania zabawkami ☐ brak obrotu na boki i na brzuch ☐
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

Data

Oznaczenie lekarza

Oznaczenie pielęgniarki

IX.4. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 9. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciemię przednie szwy czaszczkowe
7. Przyjmowane leki
8. 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 ☐
9. 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
płuca
serce
brzuch
układ moczowo-płciowy
układ kostno-stawowy
stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków oraz napojów w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej)

11. Ocena neurorozwojowa

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐

trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐

wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐

trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra ☐ brak strumienia mikcji ☐

częste infekcje ☐ brak reakcji na ciche dźwięki ☐ brak ciągu sylab da-da-da ☐

stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia

15. Porada żywieniowa

Dieta

16. Zlecone konsultacje

17. Zlecone badania diagnostyczne

18. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak ☐ nie ☐

Data

Oznaczenie lekarza

Oznaczenie pielęgniarki

IX.5. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 12. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾

2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)

3. Długość ciała cm

4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)

5. Obwód klatki piersiowej cm

6. Ciśnienie tętnicze krwi

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

płuca

serce

brzuch

układ moczowo-płciowy

układ kostno-stawowy

stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

11. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków oraz napojów w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej, stosowanie diet eliminacyjnych)

12. Ocena neurorozwojowa

13. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐
trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐
wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐
trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra ☐ brak strumienia mikcji ☐
częste infekcje ☐ brak reakcji na ciche dźwięki ☐ brak ciagu sylab da-da-da ☐
stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową ☐
Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

14. Odchylenia w badaniach dodatkowych

15. Zalecenia

16. Porada żywieniowa

Dieta witaminy

17. Zlecone konsultacje

18. Zlecone badania diagnostyczne

Badanie okulistyczne ☐

19. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak ☐ nie ☐

Data

Oznaczenie lekarza

Oznaczenie pielęgniarki

IX.6. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ - 2. rok życia

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾

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 żąbkowanie, 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

płuca

serce

brzuch

układ moczowo-płciowy

układ kostno-stawowy

stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

11. Żywnienie (częstotliwość 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 lekarza

Oznaczenie pielęgniarki

IX.7. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 4. rok życia

1. Wiek

2. Masa ciała kg centyl

3. Wzrost cm centyl

4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl

5. Wskaźnik BMI centyl

6. Przyjmowane leki

7. 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 ☐

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

14. Leczenie przewlekłe
15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
16. Odchylenia w badaniach dodatkowych
17. Zalecenia
18. Porada żywieniowa
- Dieta witaminy
19. Zlecone konsultacje
20. Zlecone badania diagnostyczne

Data

Oznaczenie lekarza

Oznaczenie pielęgniarki

X. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ DZIECKA DO UKOŃCZENIA 4. ROKU ŻYCIA ⁶⁾

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/dzien- nie					
Ryzyko próchnicy (wg puw) ⁷⁾					
Zalecenia					
Data, oznaczenie lekarza dentysty					

⁶⁾ Wypełnia lekarz dentysta.

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

XI. WIZYTY PROFILAKTYCZNE – 5.-19. rok życia

XI.1. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI

ZDROWOTNEJ – 5. rok życia (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne)⁸⁾

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
- Słuch:** 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
uszysz
jama ustna/gardło
węzły chłonne
płuca
serce
brzuch
układ moczowo-płciowy
układ kostno-stawowy
stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja

⁸⁾ W przypadku gdy badanie przesiewowe nie było wykonane w terminie, wykonuje się je w I klasie szkoły podstawowej.

10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
11. Rozwój emocjonalny/społeczny
12. Ocena aktywności fizycznej
13. Ocena zdrowotnej dojrzałości szkolnej i lateralizacji (przy rozpoczęciu nauki)
14. Problemy zdrowotne
15. Leczenie przewlekłe
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
18. Zalecenia
19. Porada żywieniowa witaminowy
20. Zlecone konsultacje
21. Zlecone badania diagnostyczne
22. Ocena gotowości szkolnej
23. Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego: tak ☐ nie ☐
24. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak ☐ nie ☐
- Data
- Oznaczenie lekarza
- Oznaczenie pielęgniarki

XI.2. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ

OPIEKI ZDROWOTNEJ – 8-9. rok życia (III klasa szkoły podstawowej)

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
- Słuch:** test szeptem, audiometryczny: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐
Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐
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 dojrzałości płciowej
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne

15. Leczenie przewlekłe
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
18. Zalecenia
19. Porada żywieniowa
- Dieta witaminy
20. Zlecone konsultacje
21. Zlecone badania diagnostyczne
22. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak ☐ nie ☐
- Data Oznaczenie lekarza

XI.3. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 12.-13. rok życia (I klasa gimnazjum)

1. Wiek
 2. Masa ciała kg centyl
 3. Wzrost cm centyl
 4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
 5. Wskaźnik BMI centyl
 6. Dieta
- Wzrok:** ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP OL
wada refrakcji..... widzenie barw: prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐
inne zaburzenia
- Słuch:** test szeptem, audiometryczny: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐
Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐
nadmierne kifoza piersiowa ☐ 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 dojrzewania płciowego
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne

15. Leczenie przewlekłe
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
18. Zalecenia
19. Porada żywieniowa
- Dieta witaminy
20. Zlecone konsultacje
21. Zlecone badania diagnostyczne

Data Oznaczenie lekarza

XI.4. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ

OPIEKI ZDROWOTNEJ – 15.-16. rok życia (I klasa szkoły ponadgimnazjalnej)

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 0L
wada refrakcji inne zaburzenia
Stuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐
Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐
nadmierzna kifoza piersiowa ☐ 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 dojrzewania płciowego
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne

15. Leczenie przewlekłe
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
18. Zalecenia
19. Porada żywieniowa
- Dieta witaminy
20. Zlecone konsultacje
21. Zlecone badania diagnostyczne

Data Oznaczenie lekarza

XI.5. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 18.-19. rok życia (ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej)

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 inne zaburzenia
Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐
Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐
nadmierzna kifoza piersiowa ☐ 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 dojrzwania płciowego
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne
.....

15. Leczenie przewlekłe
.....
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
.....
.....
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
18. Zalecenia
19. Porada żywieniowa
.....
Dieta witaminy
20. Zlecone konsultacje
.....
21. Zlecone badania diagnostyczne
.....

Data Oznaczenie lekarza
.....

XII. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ⁶⁾

M – zęby mleczne, S – zęby stałe

Wiek	5. r.ż.		6. r.ż.		7. r.ż.		10. 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) ⁷⁾								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentysty								

⁶⁾ Wypełnia lekarz dentysta.

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

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)								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentysty								

XIII. PRZEBYTE CHOROBY ZAKAŻNE

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

XIV. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Poradnia	Data pierwszej wizyty	Uwagi

XV. UCZULENIA I REAKCJE ANAFILAKTYCZNE

Poradnia	Data pierwszej wizyty	Uwagi

Na co	Data	Postępowanie	Oznaczenie lekarza

XVI. HOSPITALIZACJE

Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:	
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:	
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:	
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:	
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:	
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:	
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:	
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:	
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:	
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:	

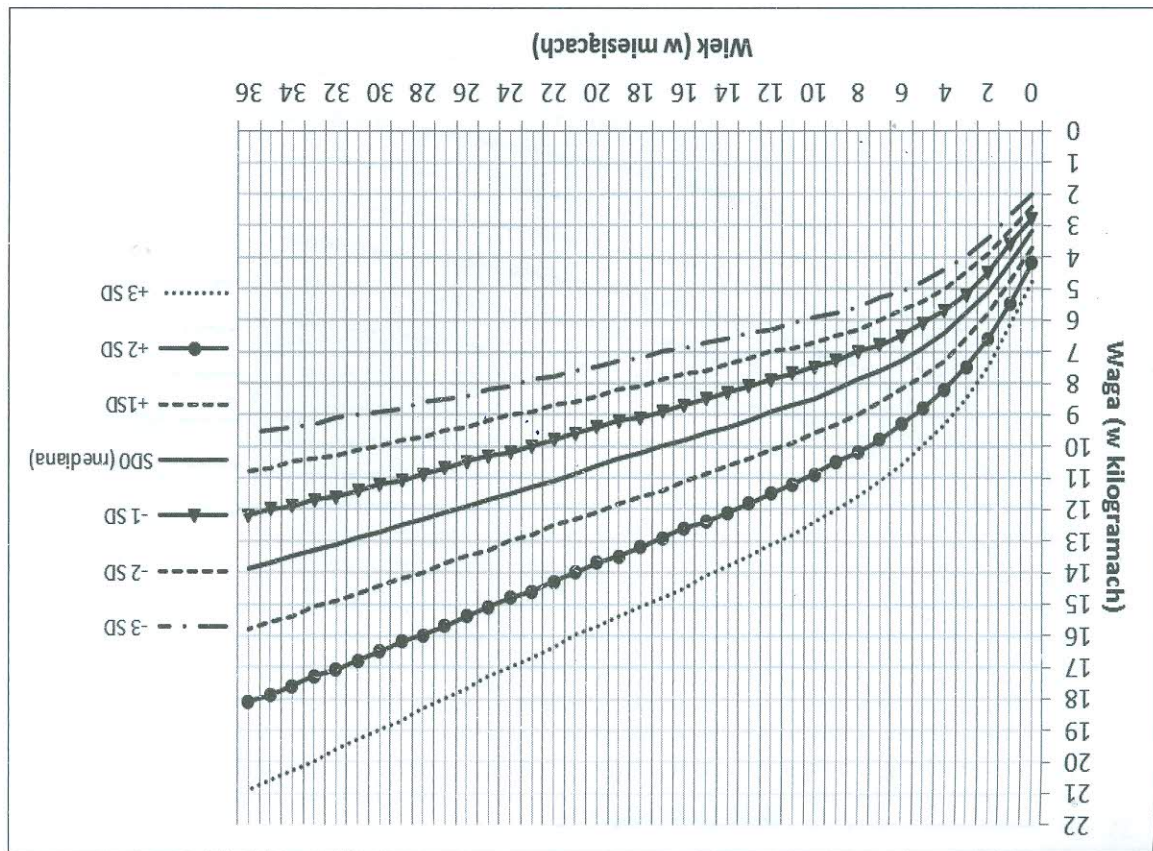
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:	
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:	
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:	
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:	
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:	
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:	
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:	
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:	
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:	
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:	

XVII. ZAOPATRZENIE W SPRZĘT I WYROBY MEDYCZNE

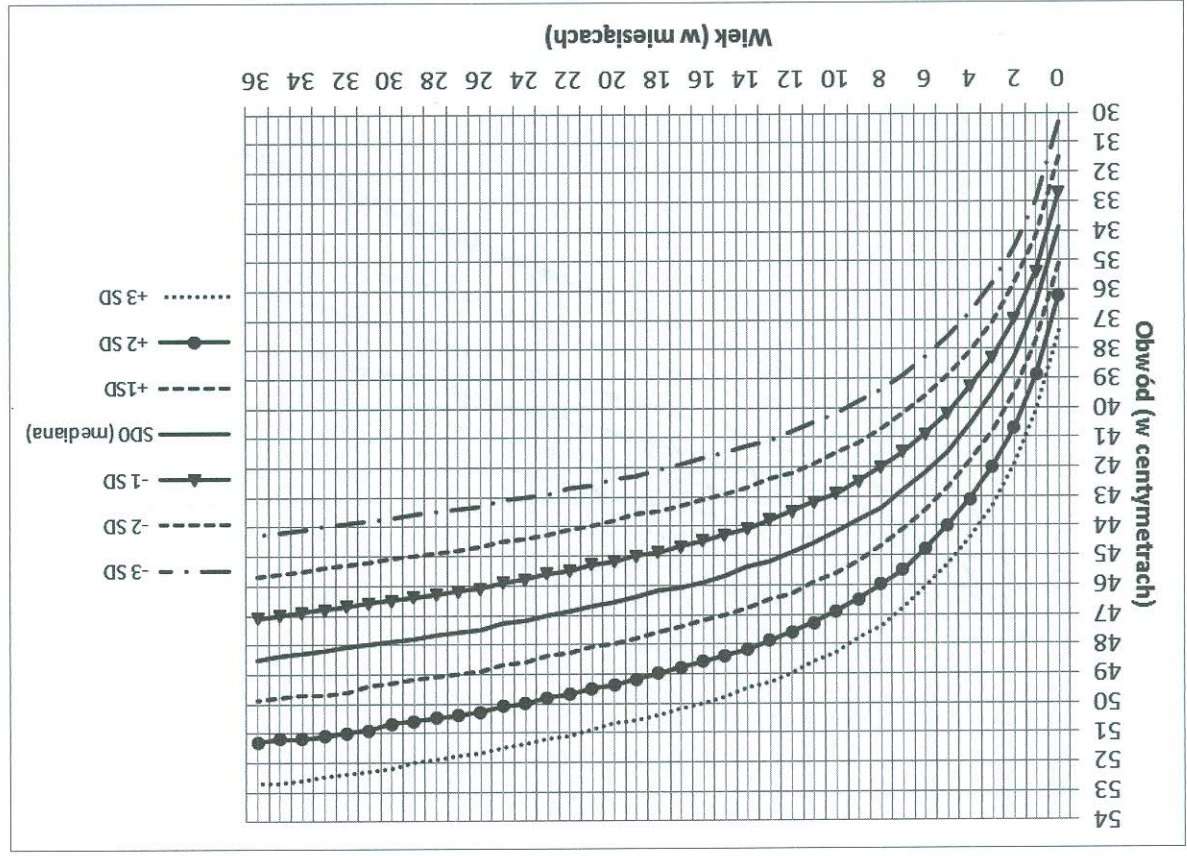
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	
Rodzaj wyrobu medycznego	Oznaczenie lekarza zlecającego
Data	

XVIII. ZWOLNIENIA Z ZAJĘĆ SPORTOWYCH

Czas zwolnienia	Przyczyna	Określenie rodzaju aktywności, z której dziecko jest zwolnione	Data i oznaczenie lekarza

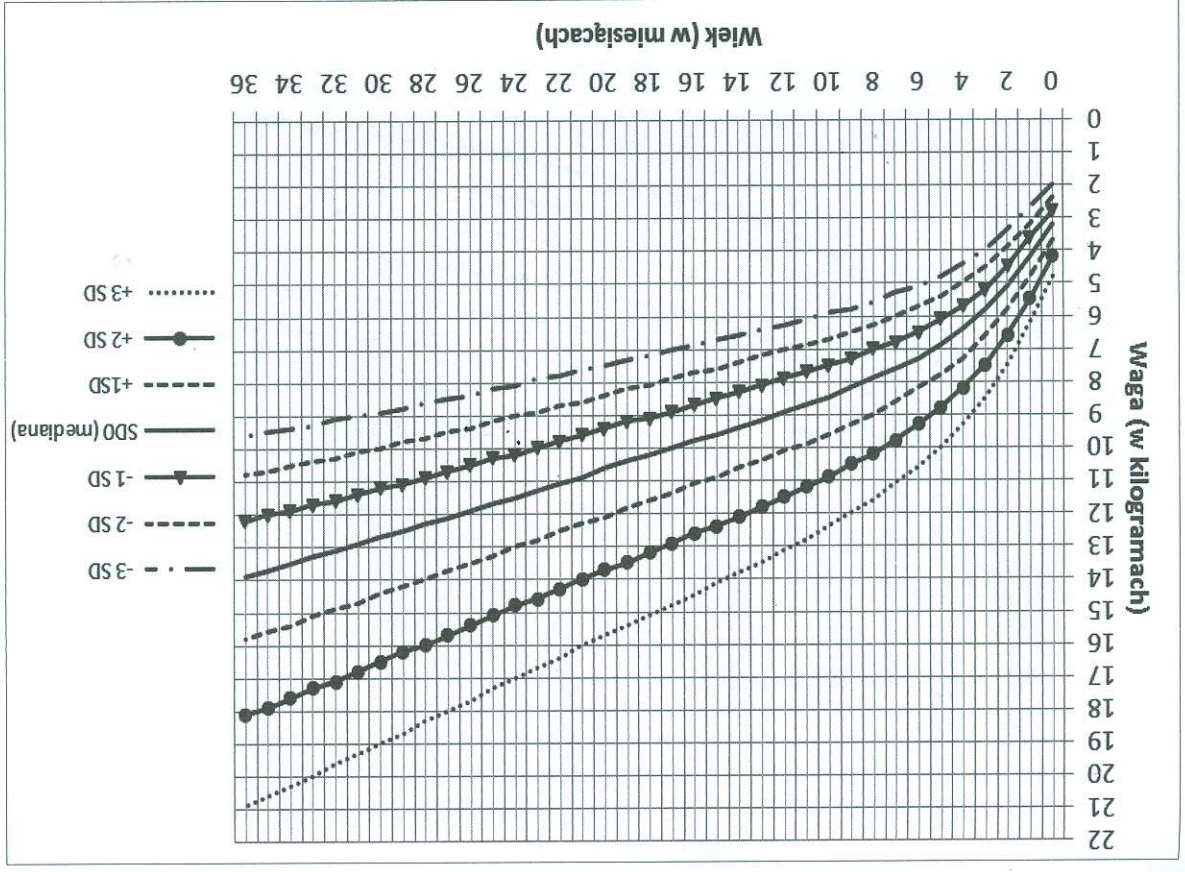


Siatka centylowa obwodu głowy dziewcząt w wieku 0-3 lata



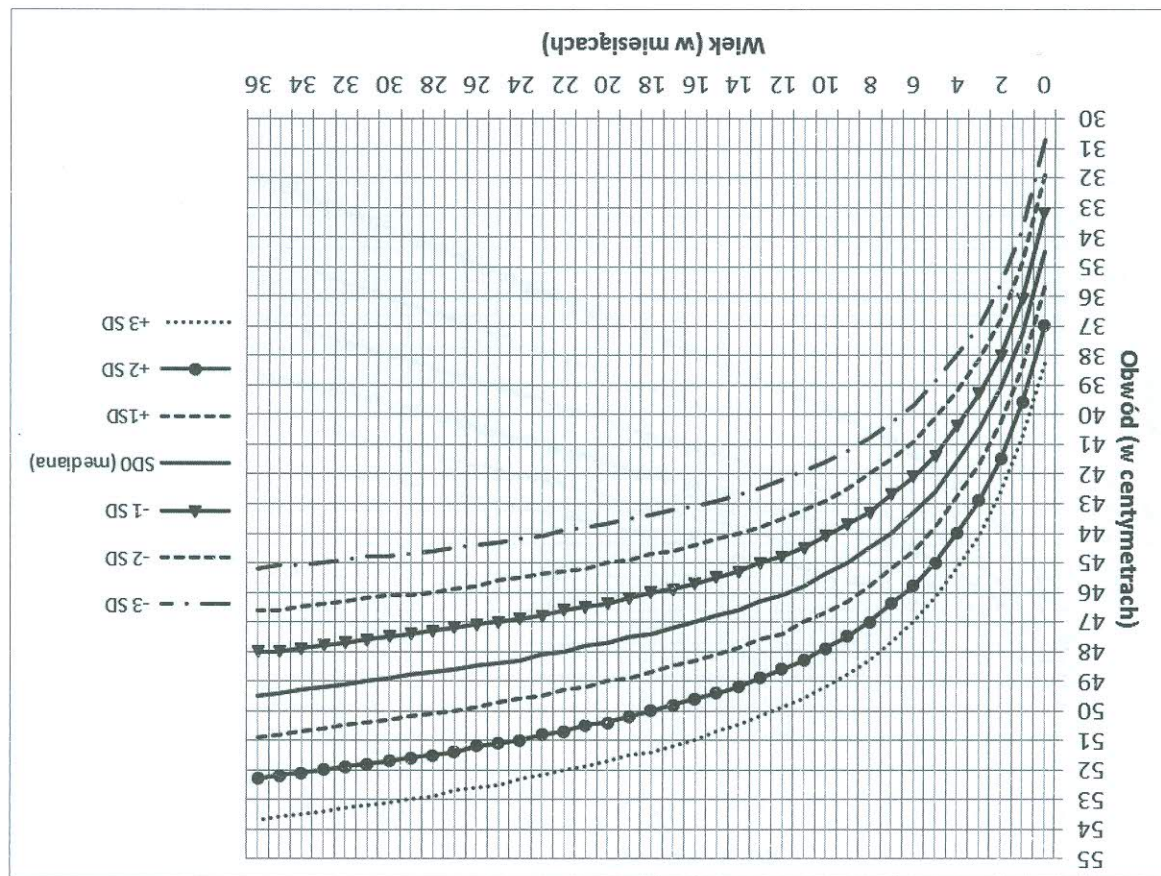
Źródło: WHO

Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 0-3 lata



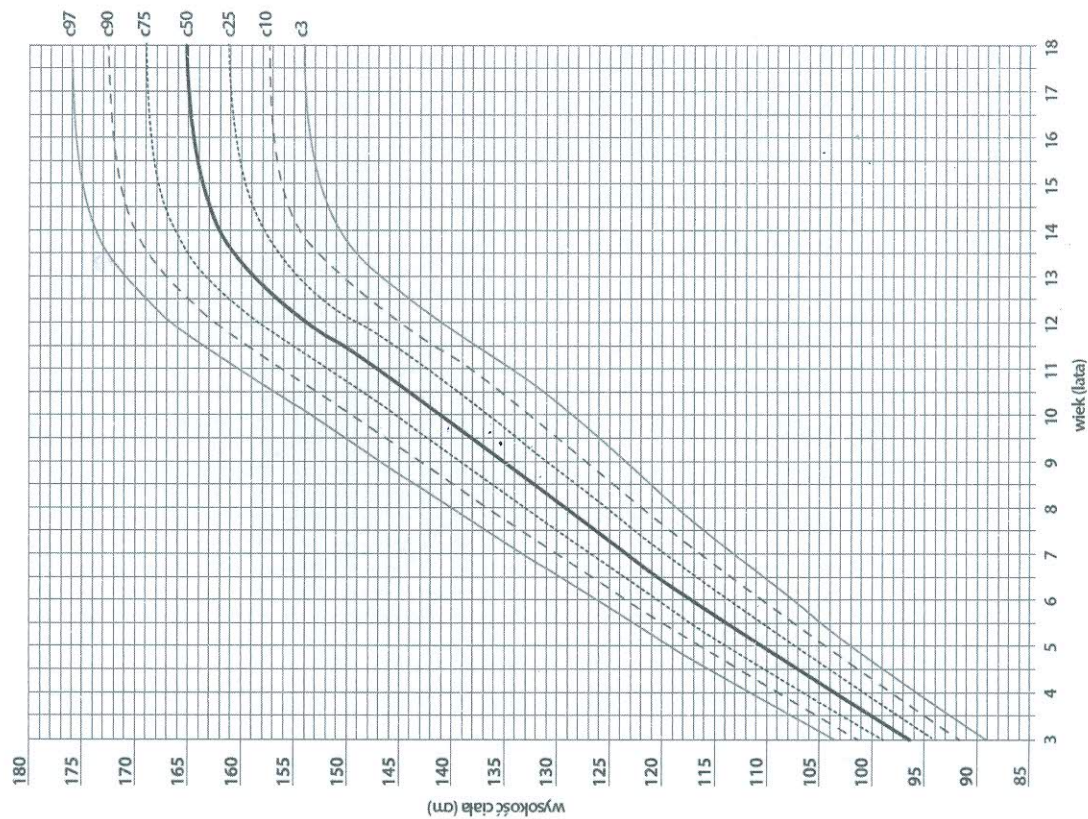
Źródło: WHO

Siatka centylowa obwodu głowy chłopców w wieku 0-3 lata



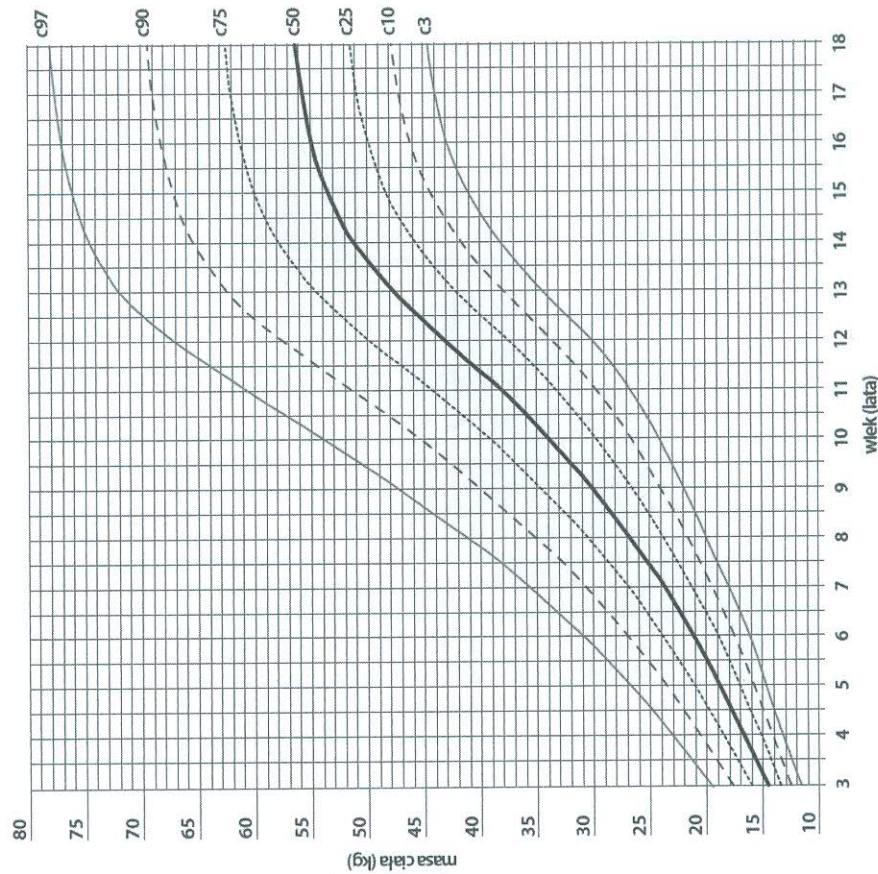
Źródło: WHO

Siatka centylowa wysokości ciała dziewcząt w wieku 3-18 lat



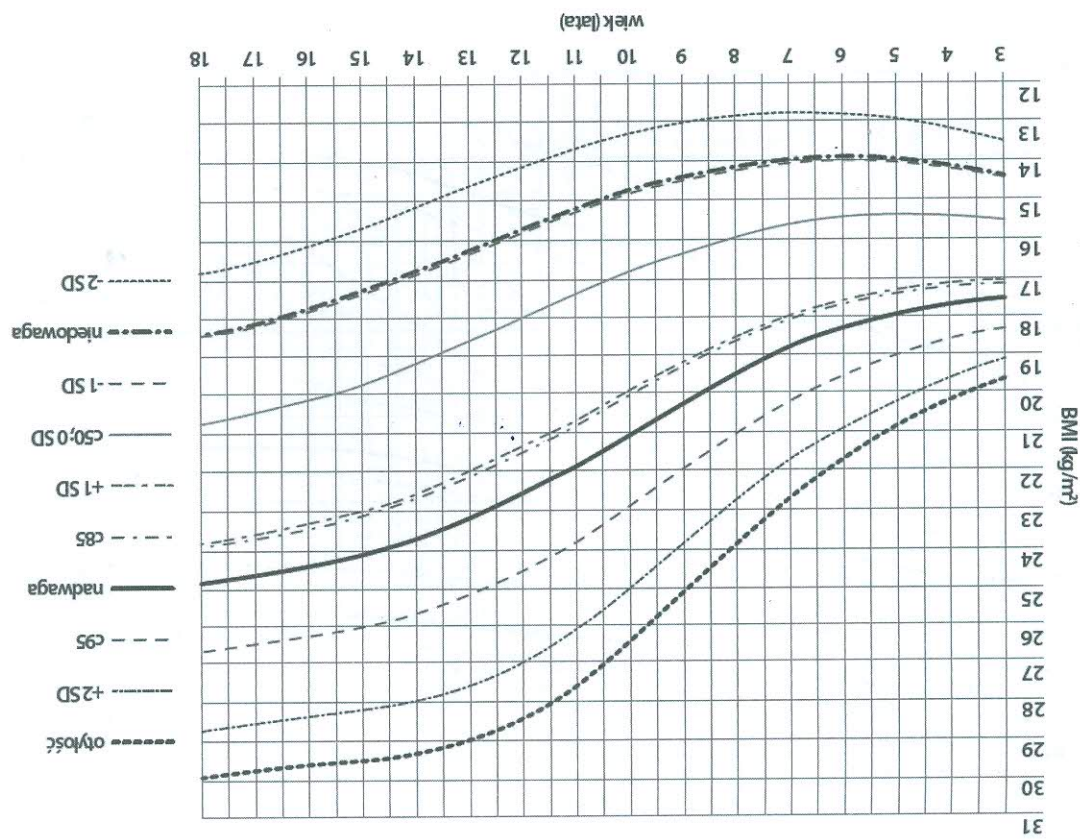
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Rózdzińska-Świątkowska, M. Gózdź, M. Wołyto i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźniki masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat, „Standardy Medyczne Pediatra”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 3-18 lat



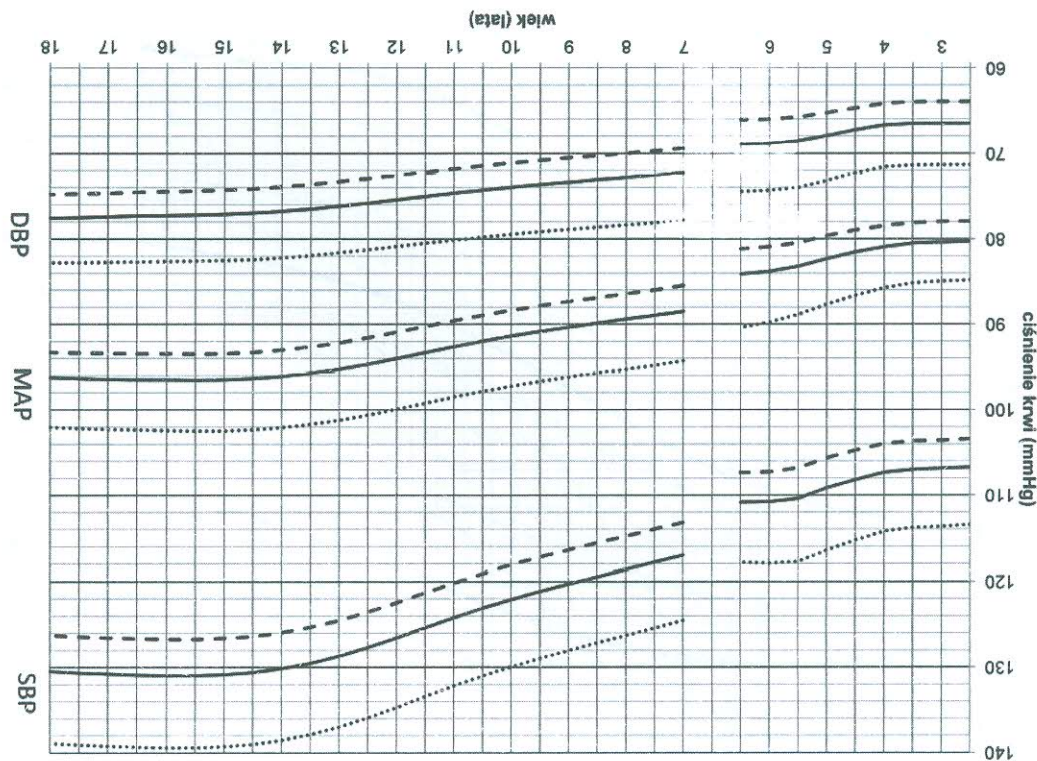
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różyńska-Świątkowska, M. Goźdz, M. Wołyto i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat, „Standardy Medyczne Pediatra”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatki centylowe BMI dziewcząt w wieku 3-18 lat



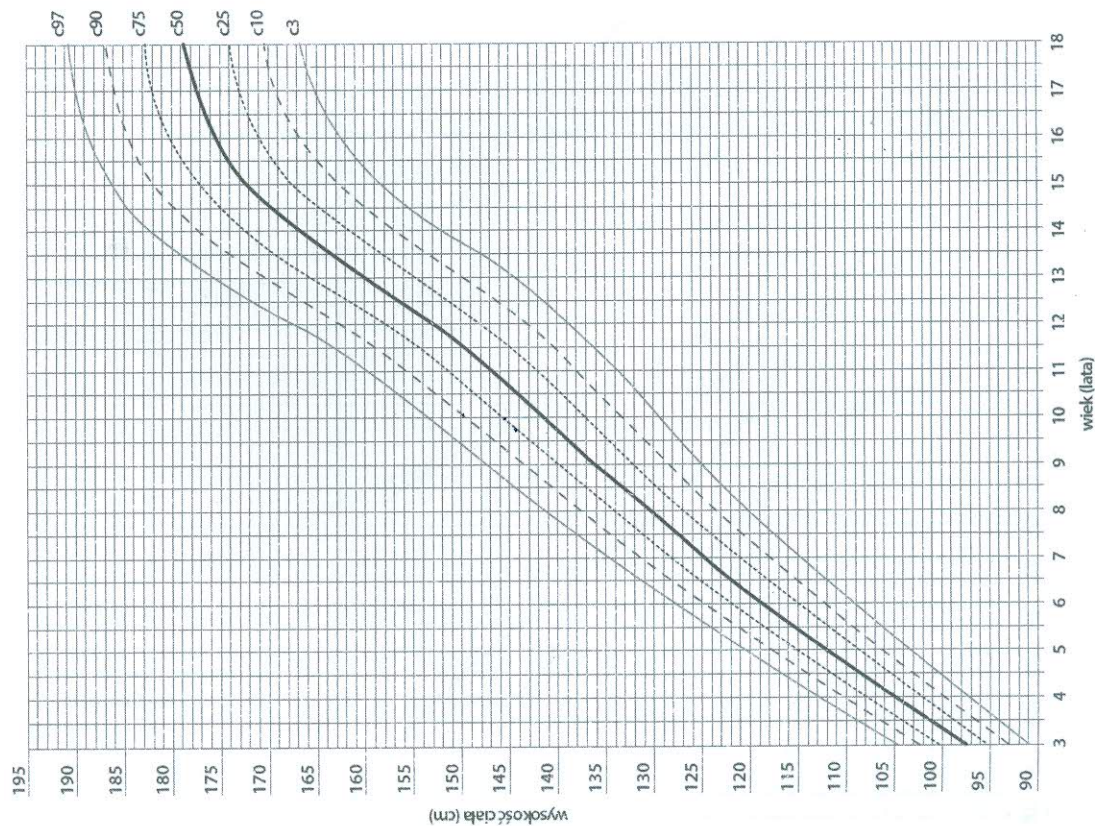
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różyńska-Świątkowska, M. Goźdz, M. Wołyto i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat, „Standardy Medyczne Pediatra”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) dziewcząt w wieku 3-18 lat
(centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana)



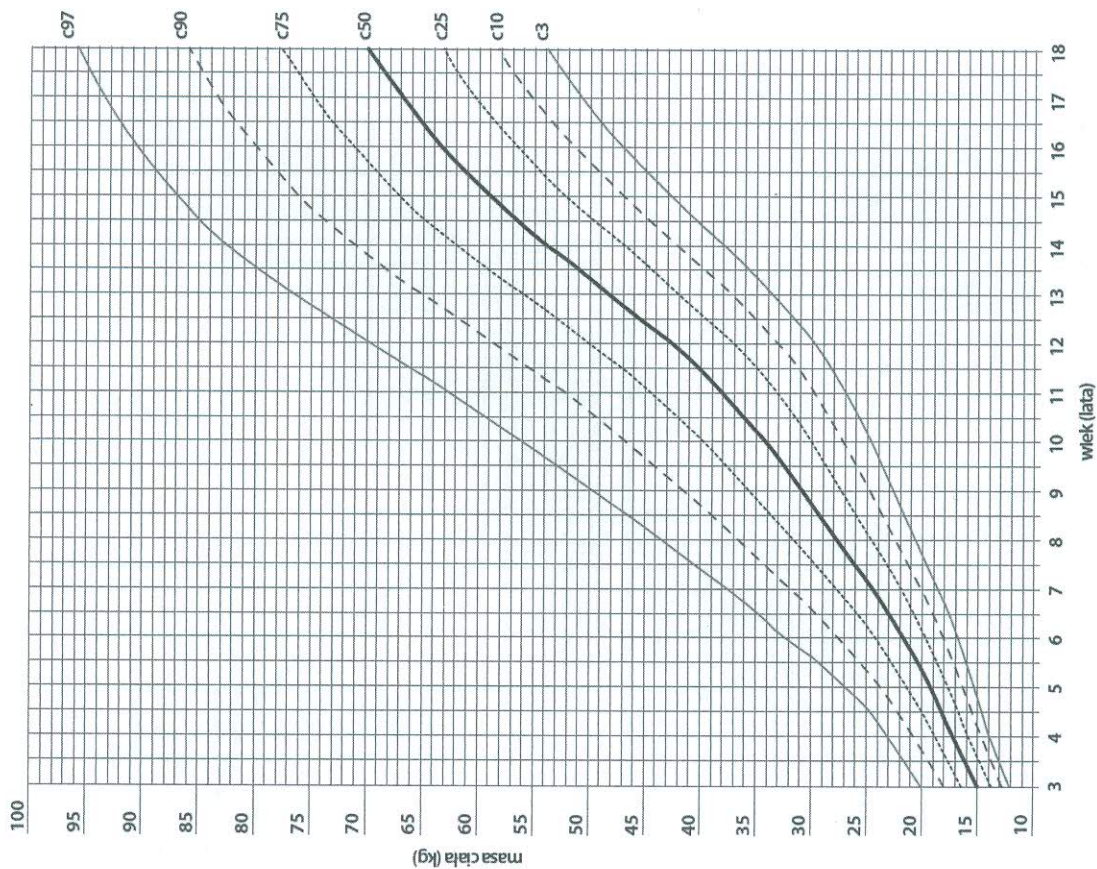
Źródło: Z. Kutaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Róźdzynska-Świątkowska, M. Góźdz, M. Wołyto i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat, „Standardy Medyczne Pediatra”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa wysokości ciała chłopców w wieku 3-18 lat



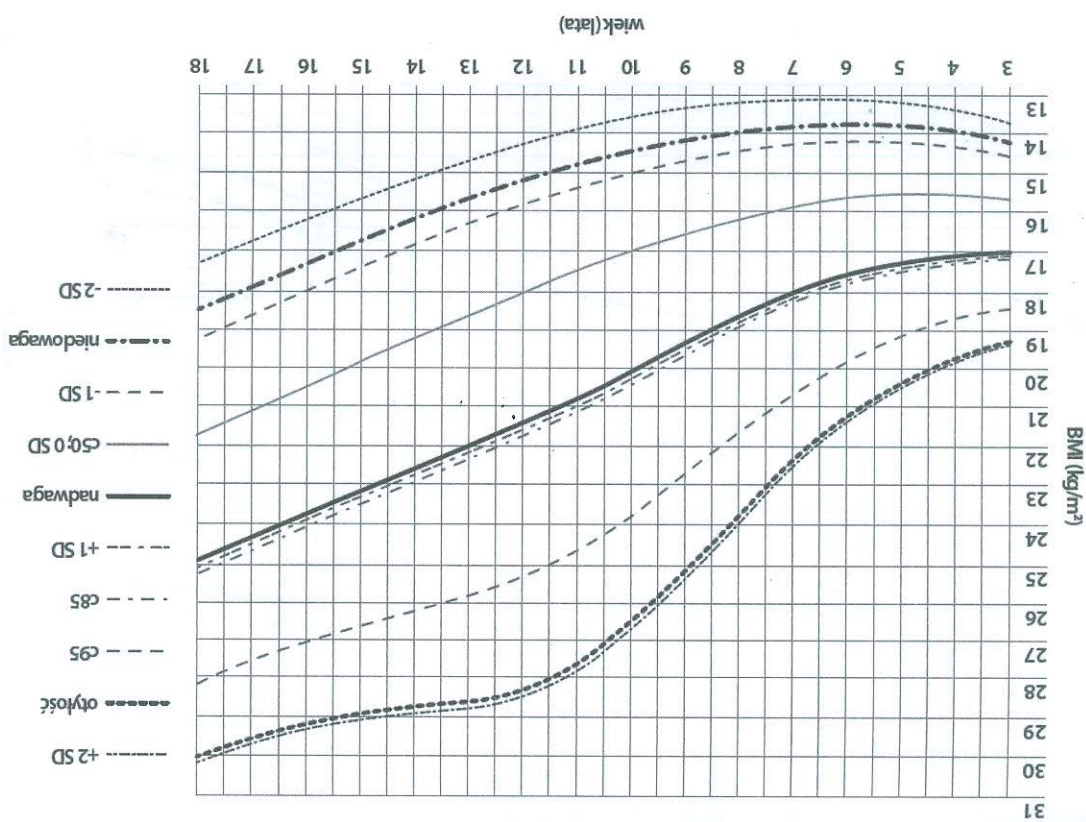
Źródło: Z. Kutaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Róźdzynska-Świątkowska, M. Góźdz, M. Wołyto i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat, „Standardy Medyczne Pediatra”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 3-18 lat



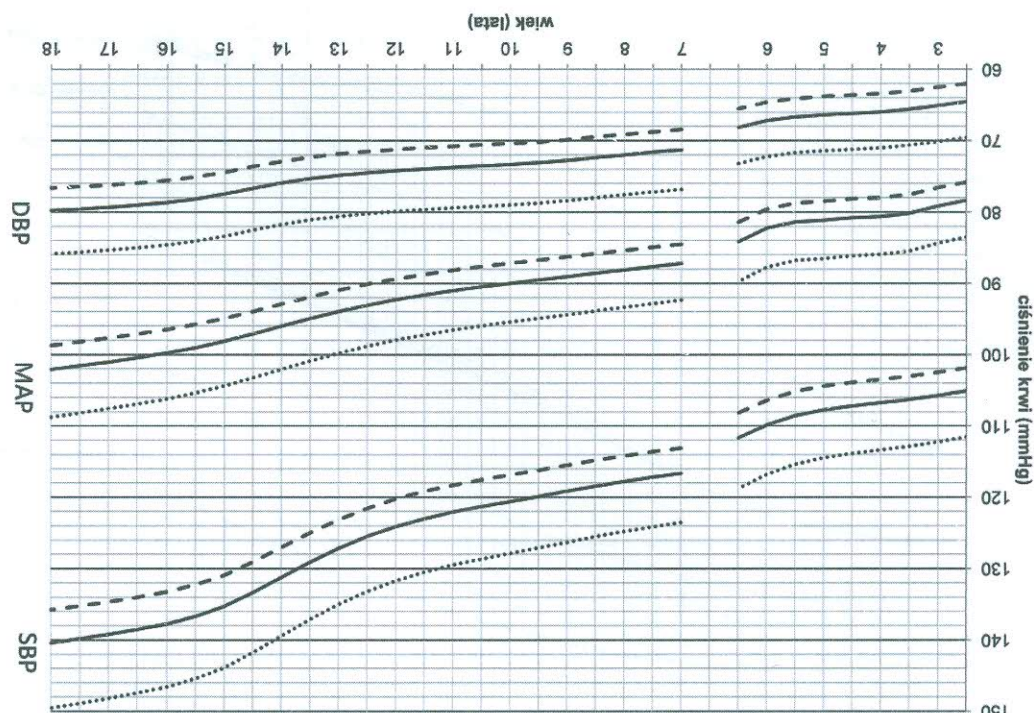
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowska, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat, „Standardy Medyczne Pediatra”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

Siatka centylowa BMI chłopców w wieku 3-18 lat



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowska, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat, „Standardy Medyczne Pediatra”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) chłopców w wieku 3-18 lat
(centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana)



Źródło: Z. Kutaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowska, M. Góźdz, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat, „Standardy Medyczne Pediatrics”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

Książeczka szczepień

Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL	nazwisko nr PESEL	Data urodzenia dzień miesiąc rok – –
--	---	--

Obowiązkowe szczepienia ochronne

Wiek	Rodzaj szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis osoby wykonującej szczepienie
noworodek	gruźlica BCG				
	wzw B - 1. dawka				
	wzw B - 2. dawka				
	DTP - 1. dawka				
2. miesiąc życia	Hib - 1. dawka				
3-4. miesiąc życia	DTP - 2. dawka				
	Hib - 2. dawka				
	polio IPV - 1. dawka				
5-6. miesiąc życia	DTP - 3. dawka				
	Hib - 3. dawka				
	polio IPV - 2. dawka				

7. miesiąc życia	wzw B - 3. dawka				
13-14. miesiąc życia	odra, świnka, różyczka - 1. dawka				
	DTP - 4. dawka				
	polio IPV - 3. dawka				
	Hib - 4. dawka				
16-18. miesiąc życia					
6. rok życia	DTaP - 1. dawka				
	polio OPV				
10. rok życia	odra, świnka, różyczka - 2. dawka				
14. rok życia	Td - 2. dawka				
19. rok życia	Td - 3. dawka				

Pieczęć zakładającego książeckę nr kontraktu	od do	Pieczęć przeprowadzającego nr kontraktu	od do	Pieczęć przeprowadzającego nr kontraktu	od do
--	-------------------	---	-------------------	---	-------------------

Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczęć nad osobą objętą obowiązkowym szczepieniem ochronnym, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.)

Nazwisko Imię

Nr telefonu

Adres zamieszkania	1. kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu
	2. kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu
	3. kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr lokalu

Inne szczepienia ochronne

Typ szczepienia/ szczepienie przeciw	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis wykonującego

Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych

Szczepienie przeciw	Data stwierdzenia	Data ustania	Rodzaj przeciwwskazania	Podpis lekarza kwalifikującego

Niepożądane odczyny poszczepienne

Po jakiej szczepionce		Data wystąpienia	Rodzaj odczynu
data szczepienia	nazwa		

Termin kolejnego szczepienia

Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia	Data kolejnego szczepienia