

2814**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 22 grudnia 2004 r.

w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą

Na podstawie art. 27 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ukończenia 19 roku życia, zwanych dalej „uczniami”;
- 2) zakres informacji o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad uczniami, przekazywanych wojewodzie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o szkole, należy przez to rozumieć również jednostki, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, Nr 273, poz. 2703 i Nr 281, poz. 2781).

§ 3. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami obejmuje:

- 1) testy przesiewowe polegające na wstępnej identyfikacji odchleń od normy rozwojowej, niezdiagnozowanych chorób, zaburzeń lub wad, przez zastosowanie szybkich metod badania;
- 2) postępowanie diagnostyczne w przypadku uzyskania dodatniego wyniku testu przesiewowego, w celu potwierdzenia lub wykluczenia zaburzeń ujawnionych w tym teście (postępowanie poprzęsiewowe);
- 3) profilaktyczne badania lekarskie (bilanse zdrowia) w zakresie:
 - a) indywidualnej oceny stanu zdrowia i rozwoju uczniów,
 - b) kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu szkolnego,
 - c) zdrowotnej gotowości szkolnej uczniów,
 - d) kwalifikacji do programów rehabilitacyjnych,
 - e) ograniczeń dotyczących wyboru i nauki zawodu;

- 4) profilaktyczne badania stomatologiczne, profilaktykę próchnicy zębów i profilaktykę ortodontyczną;
- 5) udzielanie pomocy w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;
- 6) obowiązkowe szczepienia ochronne;
- 7) edukację zdrowotną i promocję zdrowia.

§ 4. Profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawują:

- 1) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sprawujący opiekę nad uczniem;
- 2) lekarz dentysta;
- 3) pielęgniarka, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, zwana dalej „pielęgniarką”, albo higienistka szkolna.

§ 5. Profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności:

- 1) prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych;
- 2) wykonywanie profilaktycznych badań lekarskich (bilansów zdrowia) w ustalonych grupach wiekowych oraz prowadzenie dokumentacji medycznej uczniów według wzorów określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 3) formułowanie na piśmie zaleceń dla pielęgniarek lub higienistek szkolnych co do dalszego postępowania z uczniami;
- 4) czynne poradnictwo dla uczniów i ich rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych.

§ 6. Profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana przez lekarza dentystę obejmuje w szczególności:

- 1) prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej;
- 2) profilaktyczne badania stomatologiczne;
- 3) profilaktykę próchnicy zębów;
- 4) profilaktyczne badanie ortodontyczne;
- 5) kwalifikowanie do szczególnej opieki stomatologicznej.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie §1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. Nr 134, poz. 1439).

§ 7. 1. Profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana przez pielęgniarkę albo higienistkę szkolną obejmuje w szczególności:

- 1) wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych;
- 2) kierowanie postępowaniem poprzemiesiowym oraz sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad uczniami objętymi tym postępowaniem;
- 3) organizowanie profilaktycznych badań lekarskich;
- 4) prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej;
- 5) współorganizowanie lub organizowanie i wykonywanie szczepień ochronnych;
- 6) czynne poradnictwo w zakresie opieki pielęgniarskiej;
- 7) udział w planowaniu, realizacji i ocenie szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz podejmowanie innych działań w zakresie promocji zdrowia;
- 8) udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;
- 9) doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole;
- 10) prowadzenie dokumentacji medycznej uczniów według wzorów określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
- 11) prowadzenie dokumentacji szczepień ochronnych uczniów i sprawozdawczości zgodnie z odrębnymi przepisami.

2. Pielęgniarka albo higienistka szkolna sprawująca profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem współpracuje z:

- 1) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem;
- 2) lekarzem dentystą sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem;
- 3) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) rodzicami, opiekunami prawnymi lub faktycznymi ucznia;
- 5) dyrektorem szkoły;
- 6) radą pedagogiczną;
- 7) organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży.

§ 8. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarz dentyista sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 9. 1. Pielęgniarka albo higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

2. Przy ustalaniu liczby uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną przez jedną pielęgniarkę należy brać pod uwagę typ szkoły, a w przypadku szkół, do których uczęszczają niepełnosprawni — ich liczbę i stopień niepełnosprawności.

§ 10. W stosunku do osób objętych indywidualnym nauczaniem, o których mowa w art. 71b ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty, profilaktyczną opiekę zdrowotną w zakresie zadań, o których mowa w § 7 i § 11 ust. 2, sprawuje pielęgniarka, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego lub środowiskowo-rodzinnego lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego lub środowiskowo-rodzinnego.

§ 11. 1. Zakres i terminy wykonywania testów przesiewowych, profilaktycznych badań lekarskich oraz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. O terminach i zakresie wykonywania testów przesiewowych, profilaktycznych badań lekarskich (bilansów zdrowia) oraz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych pielęgniarka albo higienistka szkolna powiadamia rodziców albo opiekunów prawnych lub faktycznych ucznia.

§ 12. 1. Dokumentacja medyczna ucznia, określona w załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia, jest przechowywana w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole przez okres pobierania nauki w danej szkole.

2. Dokumentacja profilaktycznej opieki stomatologicznej, o której mowa w § 6, jest przechowywana przez lekarza dentyistę sprawującego opiekę nad uczniem.

3. W przypadku zmiany szkoły przez ucznia dokumentację medyczną ucznia odbierają rodzice albo opiekunowie prawni lub faktyczni ucznia i przekazują szkole przyjmującej ucznia.

§ 13. Narodowy Fundusz Zdrowia, po zawarciu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, przekazuje do właściwego wojewody następujące dane:

- 1) nazwę i adres świadczeniodawcy;
- 2) miejsce udzielania uczniom profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) liczbę uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną przez świadczeniodawcę, o którym mowa w pkt 1.

§ 14. 1. Do czasu utworzenia na terenie szkoły gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, o którym mowa w § 9, zadania określone w § 7, a także w § 11 ust. 2, wykonują lekarze i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, dokumentacja medyczna ucznia, określona w załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia, jest przechowywana przez właściwego dla ucznia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do czasu utworzenia gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej na terenie szkoły.

§ 15. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.³⁾

Minister Zdrowia: *M. Balicki*

3) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 130, poz. 1196 oraz z 2004 r. Nr 180, poz. 1869), które traci moc z dniem 31 grudnia 2004 r. na podstawie art. 247 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 22 grudnia 2004 r. (poz. 2814)

Załącznik nr 1

WZÓR

DOKUMENTACJA MEDYCZNA UCZNIĄ

pieczęcie podmiotów
wykonujących świadczenia z zakresu
profilaktycznej opieki zdrowotnej**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO DZIECKA 7-LETNIEGO***
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia data urodzenia

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

	OJCIEC	MATKA	RODZENSTWO DZIECKA	
Imię			Rok urodzenia	Stan zdrowia
Stan zdrowia				

Warunki mieszkaniowe**: dobre, średnie, złe. Liczba izb osób

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe)

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje:

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergię)**: NIE, TAK – na co
objawy uczulenia
- słyszy**: DOBRZE, ŹLE; widzi**: DOBRZE, ŹLE; ma zezą**: NIE, TAK
- używa**: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych.....
- przyjmuje leki**: NIE, TAK – jakie:
- jest pod opieką poradni specjalistycznej**: NIE, TAK – jakiej:.....
-
- uczęszcza na zajęcia korekcyjne **: NIE, TAK – jakie:.....

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, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez: stale lub czasem; inne – jakie:.....

Zachowanie dziecka:** nie budzi niepokoju, nadrucliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy**Inne uwagi i życzenia rodziców:**.....

data:.....

podpis matki lub ojca (opiekuna):

* Badanie przeprowadza się w przypadku braku profilaktycznego badania lekarskiego (bilansu zdrowia) wykonywanego w wieku 6 lat.

** Właściwe podkreślić lub wpisać rodzaj odchylenia.

2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała:cm.....centyl..... **Masa ciała:**.....kg.....centyl

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

Zez*: niewidoczny, widoczny

Cover test*: ujemny, dodatni

Odbicie światła na rogówkach*: symetryczne, niesymetryczne

Inne zaburzenia**:.....

Słuch: test*: szeptem, audiometryczny*: prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie*: boczno skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko–koślawych

Cięnienie tętnicze krwi mm Hg centyl

Inne uwagi:

.....

data:..... podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki:

3. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia.....

.....

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa**

kolana koślawe, stopy płasko–koślawe, inne odchylenia**

.....

Rozwój psychomotoryczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

.....

Mowa*: prawidłowa, nieprawidłowa

Lateralizacja*: prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Jama ustna:**.....

.....

Jądra w mosznie (dotyczy chłopców)*: TAK, NIE**

.....

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

.....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

.....

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA*: pełna, niepełna**

.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_S B B_K C C_I - zalecenia:.....

.....

ZALECENIA:.....

.....

data:..... podpis i pieczęć lekarza:.....

* Właściwe podkreślić.

** Wpisać rodzaj odchylenia.

WZÓR

pieczęcie podmiotów
wykonujących świadczenia z zakresu
profilaktycznej opieki zdrowotnej

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ KLASY III
SZKOŁY PODSTAWOWEJ**
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię:data urodzenia..... 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 matki lub ojca (opiekuna):.....

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa – jaka

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej ¹⁾

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.

¹⁾ Wypełnić na podstawie opinii nauczyciela wychowania fizycznego.

3. INFORMACJE PIELEGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała:..... cmcentyl **Masa ciała:**..... kgcentyl
Wzrok: Ostrość wzroku: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....
Widzenie barw*: prawidłowe, nieprawidłowe
Inne zaburzenia** :.....
Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie boczego skrzywienia kręgosłupa
Ciśnienie tętnicze krwi:mmHgcentyl
Inne uwagi:

data:.....

podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki:.....

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia **
.....
.....

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

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

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa **.....
inne odchylenia** :

Tarczycyca*: prawidłowa, wole

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

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

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:
.....
.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_S B B_K C C_L - zalecenia:
.....
.....

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach*: TAK, NIE

ZALECENIA:
.....
.....

data:.....

podpis i pieczęć lekarza:.....

* Właściwe podkreślić.

** Wpisać rodzaj odchyień.

WZÓR

pieczęcie podmiotów
wykonujących świadczenia z zakresu
profilaktycznej opieki zdrowotnej

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ KLASY I GIMNAZJUM/
KLASY I SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ***

(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia: data urodzenia: 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:.....

Zachowanie 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, częsty 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 matki lub ojca (opiekuna):.....

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

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

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej ¹⁾

Uzdolnienia:.....

* Właściwie podkreślić.

¹⁾ Wypełnić na podstawie opinii nauczyciela wychowania fizycznego.

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:.....

3. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała..... cmcentyl **Masa ciała**..... kgcentyl

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

Inne zaburzenia**:

Słuch^{2*}: test: szeptem, audiometryczny: wynik prawidłowy, nieprawidłowy

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

Cięnienie tętnicze krwi mmHgcentyl

Inne uwagi:

data:..... podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki:.....

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia **

Dojrzewanie płciowe według skali Tannera:.....

Tarczycyca*: prawidłowa, wole**

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:

² Dotyczy ucznia I klasy gimnazjum.

* Właściwe podkreślić.

** Wpisać rodzaj odchylenia.

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_s B B_k C C_L - zalecenia:.....

.....

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach*: TAK, NIE

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

.....

.....

ZALECENIA:

.....

.....

data:.....

podpis i pieczęć lekarza:.....

* Właściwe podkreślić.

WZÓR

pieczęcie podmiotów
wykonujących świadczenia z zakresu
profilaktycznej opieki zdrowotnej

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO
UCZNIA OSTATNIEJ KLASY SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)**

Nazwisko i imię ucznia: data urodzenia: klasa:

1. INFORMACJE UCZNIA

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: lekarza dentystę:

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 /chciałybyś/ porozmawiać z:
lekarzem* NIE, TAK;- psychologiem* NIE, TAK**

Dotyczy tylko dziewcząt: wiek pierwszej miesiączki: lat miesięcy

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 szkole /uczelni:

zawód/kierunek studiów:

data:

podpis ucznia:.....

* Właściwe podkreślić.

2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ**Wysokość ciała:** cm.....centyl **Masa ciała:** kgcentyl**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_I**Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej:**.....

data:.....

podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki:.....

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO**Rozwój somatyczny*:** prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia^{**} :.....**Dojrzewanie płciowe**** według skali Tannera:**Tarczycyca*:** prawidłowa, wole^{**}**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.

** Wpisać rodzaj odchyień.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA UCZNIA

Wzór karty zdrowia ucznia

KARTA ZDROWIA UCZNIA	
<i>(pieczęć gabinetu profilaktycznego)</i>	
Nazwisko i imię	<i>(data)</i>
Adres, telefon	<i>(PESEL)</i>
PRZEBYTE CHOROBY	
Rok życia	Rodzaj
PROBLEM ZDROWOTNY, SZKOLNY, SPOŁECZNY	
Data	Rodzaj
KWALIFIKACJA DO WYCHOWANIA FIZYCZNEGO	
Data	Zalecenia

TESTY PRZESIEWOWE

		Data																	
		Wiek																	
Wysokość ciała		Cm																	
		Centyl																	
Masa ciała		Kg																	
		Centyl																	
Ostrość wzroku		Data																	
		OP																	
		OL																	
		Data																	
Test do wykrywania		Skoliozy																	
		Kifozy piersiowej																	
		Koślawości kolan																	
		Stóp płasko-koślawych																	
Zez		Data																	
		Widoczny																	
		Cover test																	
		Odbicie światła na rogówkach																	
	Widzenie	Data																	
	Słuch	Data																	
	Ciśnienie tętnicze krwi	Data																	
		Wynik																	
		Centyl																	
																	I miesiącka w wieku		
																	Inne		

OBSERWACJE PIELEŃNIARKI I WYDANE ZALECENIA

Data	Klasa	Observacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis

Wklejć: karty badania rozwoju i zdrowia ucznia; wyniki badań specjalistycznych; inne dokumenty

WYWIADY ŚRODOWISKOWE

Data	Wnioski

INNE UWAGI

Data	Do kogo

WKŁADKA DO KARTY ZDROWIA UCZNIĄ

Nazwisko i imię ucznia:

Data	Klasa/wiek	Obserwacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis

WKŁADKA DO KARTY ZDROWIA UCZNIĄ

Nazwisko i imię ucznia:

Data	Klasa/wiek	Obserwacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis

INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

3. Ewentualne uwagi rodziców (opiekunów)

.....

.....

Wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka.

.....

data podpis matki lub ojca (opiekuna)

Część B. Kwalifikacja lekarska (wypełnia lekarz po zbadaniu

i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną ucznia)

Stwierdzam że: 1. Ucznia można szczepić
2. Szczepienie jest przeciwwskazane z powodu

.....

.....

data podpis i pieczęć lekarza

.....

*/ Właściwie podkreślić.

.....

imię i nazwisko ucznia klasa

W dniu planowane jest:

1. Szczepienie przeciw chorobie Heinego Medina (poliomyelitis), błonicy i tężcowi, różyczce*/inne/
2. Próba tuberkulinowa, a w przypadku jej ujemnego wyniku – szczepienie przeciwko gruźlicy

UWAGA: Szczepienie będzie wykonane tylko po wypełnieniu tej informacji oraz dostarczeniu Książeczki szczepień.

Część A. – Wypełniają rodzice ucznia

1. Czy dziecko w ciągu ostatniego miesiąca chorowało?

NIE – TAK*, jeśli tak, proszę podać:

- na jaką chorobę.....
- jakie otrzymało leki (w tym antybiotyki):

2. Czy dziecko otrzymuje lub otrzymywało w ciągu ostatnich 6 tygodni:
 - a) inną szczepionkę, w tym odczulającą (przeciwalergiczną)
 - b) gammaglobulinę NIE – TAK *

NIE – TAK*, jeśli tak, proszę podać jaką:

.....

* Właściwie podkreślić.

cd. na odwrocie

Czy u dziecka po poprzednich szczepieniach wystąpiła wysypka

lub inne dolegliwości NIE – TAK*, jeśli tak, proszę podać:

- kiedy:.....
- po jakiej szczepionce:.....
- jakie dolegliwości:.....

LISTA KLASOWA

Rok szkolny.....

Klasa.....

Lp.	Nazwisko i imię ucznia	Rok urodzenia	Testy przesiewowe		Wydane skierowania	Profilaktyczne badania lekarskie	Problem			Grupa WF	Profilaktyka próchnicy zębów				Szczepienia ochronne		Inne	
			Rodzaj	Rodzaj			zdrowotny	szkolny	społeczny		Data	Data	Data	Rodzaj szczepionki				

.....
Imię i nazwisko wychowawcy klasy

.....
Imię i nazwisko pielęgniarki lub higienistki szkolnej

**ZAKRES I TERMINY WYKONYWANIA TESTÓW PRZESIEWOWYCH, PROFILAKTYCZNYCH BADAŃ
LEKARSKICH ORAZ PROFILAKTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ STOMATOLOGICZNYCH**

Klasa (wiek ucznia)	Testy przesiewowe	Profilaktyczne badania lekarskie	Profilaktyczne badanie lekarskie stomatologiczne	Grupowa profilaktyka fluorkowa
Klasa 1 (7 lat)*	<p>Test do wykrywania zaburzeń:</p> <p>1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała);</p> <p>2) układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych;</p> <p>3) zeza (Cover test, test Hirschberga);</p> <p>4) ostrości wzroku;</p> <p>5) słuchu (badanie orientacyjne szeptem);</p> <p>6) ciśnienia tętniczego krwi.</p>	<p>Badanie w obecności rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych obejmuje:</p> <p>1. Badanie podmiotowe:</p> <p>1) wywiad od rodziców i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych;</p> <p>2) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy;</p> <p>3) analizę innej indywidualnej dokumentacji medycznej.</p> <p>2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:</p> <p>1) rozwoju fizycznego;</p> <p>2) rozwoju psychomotorycznego;</p> <p>3) mowy;</p> <p>4) lateralizacji;</p> <p>5) układu ruchu;</p> <p>6) jamy ustnej;</p> <p>7) u chłopców - obecności jąder w mosznie i wad układu moczowo-płciowego.</p> <p>3. Badania lekarskie specjalistyczne i laboratoryjne w razie potrzeby.</p> <p>Podsumowanie badania z określeniem: zdrowotnej dojrzałości szkolnej i kwalifikacji do grupy na</p>	<p>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych.</p> <p>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW i wskaźnika puw.</p> <p>3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu, spełniających co najmniej jeden z warunków:</p> <p>1) wyraźne zniekształcenie;</p> <p>2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia.</p> <p>4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa.</p>	<p>Grupowa profilaktyka fluorkowa metodą nadzorowanego szczotkowania zębów / wykonywana w klasach I - VI, 6 razy w roku, w odstępach od 1 do 6 tygodni/.</p>

		zajęciach wychowania fizycznego (w tym nauki pływania) oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.	
Klasa III (10 lat)	<p>Test do wykrywania zaburzeń:</p> <p>1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała);</p> <p>2) układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa;</p> <p>3) ostrości wzroku;</p> <p>4) widzenia barw;</p> <p>5) ciśnienia tętniczego krwi.</p>	<p>Badanie w obecności rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych obejmuje:</p> <p>1. Badanie podmiotowe:</p> <p>1) wywiad od rodziców i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych;</p> <p>2) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy;</p> <p>3) analizę innej indywidualnej dokumentacji medycznej.</p> <p>2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:</p> <p>1) rozwoju fizycznego;</p> <p>2) rozwoju psychospołecznego;</p> <p>3) układu ruchu;</p> <p>4) układu moczowo-płciowego;</p> <p>5) dojrzewania płciowego według skali Tannera;</p> <p>6) tarczycy;</p> <p>7) jamy ustnej.</p> <p>3. Badania specjalistyczne lekarskie i laboratoryjne w razie potrzeby.</p> <p>4. Podsumowanie badania z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego.</p> <p>Poradnictwo w zakresie</p>	<p>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych.</p> <p>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW i wskaźnika puw.</p> <p>3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu, spełniających co najmniej jeden z warunków:</p> <p>1) wyraźne zniekształcenie;</p> <p>2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia.</p> <p>4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa.</p>

		prozdrowotnego stylu życia.		
Klasa V (12 lat)	Test do wykrywania zaburzeń: 1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała); 2) układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa; 3) ostrości wzroku.	Postępowanie poprzęsiewowe u uczniów z dodatnim wynikiem testu.	1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych. 2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW. 3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu spełniających co najmniej jeden z warunków: 1) wyraźne zniekształcenie; 2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia. 4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa.	
Klasa I gimnazjum (13 lat)	Test do wykrywania zaburzeń: 1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała); 2) układu ruchu, w tym boczno skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej; 3) ostrości wzroku;	Badanie w obecności rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych obejmuje: 1. Badanie podmiotowe: 1) wywiad od rodziców i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; 2) analiza informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy; 3) analiza innej indywidualnej	1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych. 2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW. 3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu spełniających co	

	4) słuchu (badanie orientacyjne szeptem); 5) ciśnienia tętniczego krwi.	dokumentacji medycznej. 2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny: 1) rozwoju fizycznego; 2) rozwoju psychospołecznego; 3) układu ruchu; 4) tarczycy; 5) dojrzewania płciowego; 6) układu moczowo-płciowego; 7) jamy ustnej; 8) skóry. 3. Badania specjalistyczne lekarskie i laboratoryjne w razie potrzeby. 4. Podsumowanie badania z określeniem poziomu i tempa wzrastania oraz dojrzewania płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna) przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.	najmniej jeden z warunków: 1) wyraźne zniekształcenie; 2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia. 4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa.	
klasa I szkoły ponadgimnazjalnej (16 lat)	Test do wykrywania zaburzeń: 1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała); 2) układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej; 3) ostrości wzroku; 4) ciśnienia tętniczego krwi.	Badanie obejmuje: 1. Badanie podmiotowe: 1) wywiad od ucznia i rodziców, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; 2) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy; 3) analizę innej indywidualnej dokumentacji medycznej. 2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny: 1) rozwoju fizycznego; 2) rozwoju psychospołecznego; 3) procesu dojrzewania płciowego; 4) układu ruchu; 5) tarczycy;	1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych. 2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW. 3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu, spełniających co najmniej jeden z warunków: 1) wyraźne zniekształcenie; 2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia.	

		6) jamy ustnej; 7) skóry. 3. Badania specjalistyczne lekarskie i laboratoryjne w razie potrzeby. Podsumowanie badania z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego i dojrzewania płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia oraz z punktu widzenia przyszłego wyboru dalszego kształcenia lub pracy zawodowej.	4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa.	
Klasa ostatnia szkoły ponadgimnazjalnej (do ukończenia 19 roku życia)	Test do wykrywania zaburzeń: 1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała); 2) ostrości wzroku; 3) ciśnienia tętniczego krwi.	Badanie obejmuje: 1. Badanie podmiotowe: 1) wywiad od ucznia, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; 2) analiza informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy; 3) analizę innej indywidualnej dokumentacji medycznej. 2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny: 1) rozwoju fizycznego; 2) rozwoju psychospołecznego; 3) układu moczowo-płciowego i dojrzałości płciowej; 4) układu ruchu; 5) tarczycy; 6) jamy ustnej; 7) skóry. 3. Badania specjalistyczne lekarskie i laboratoryjne w razie potrzeby. Podsumowanie wyników	1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych. 2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW. 3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu, spełniających co najmniej jeden z warunków: 1) wyraźne zniekształcenie; 2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia. 4. Ocena stanu zdrowia jamy ustnej z uwzględnieniem stanu uzębienia, przyzębia	

		badania z określeniem ewentualnego problemu zdrowotnego oraz sugestii i rad dotyczących dalszego kształcenia i wyboru zawodu, przyszłego rodzicielstwa, prozdrowotnego stylu życia, w tym aktywności fizycznej.	i błony śluzowej jamy ustnej.	
--	--	---	-------------------------------	--

* Badanie przeprowadza się w przypadku braku profilaktycznego badania lekarskiego (bilansu zdrowia) wykonywanego w wieku 6 lat.