

**1196****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 25 czerwca 2003 r.

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

Na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ukończenia 18. 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 1996 r. Nr 67, poz. 329, z późn. zm.<sup>3)</sup>).

§ 3. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami obejmuje:

- 1) testy przesiewowe polegające na wstępnej identyfikacji odchyleń 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) właściwy dla ucznia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) lekarz stomatolog;
- 3) pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, zwana dalej „pielęgniarką” albo „higienistką szkolną”.

§ 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 stomatologa 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.

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

- 1) wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych;

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143 i Nr 128, poz. 1176)

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 153 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 117, poz. 759 i Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 19, poz. 239, Nr 48, poz. 550, Nr 104, poz. 1104, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1320, z 2001 r. Nr 111, poz. 1194 i Nr 144, poz. 1615, z 2002 r. Nr 41, poz. 362, Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1185 i Nr 200, poz. 1683 oraz z 2003 r. Nr 6, poz. 65 i Nr 128, poz. 1176.

- 2) kierowanie postępowaniem poprzesiewowym 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 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. Profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana przez higienistkę szkolną obejmuje zadania określone w ust. 1, z wyłączeniem wykonywania szczepień ochronnych.

3. W przypadku sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej przez higienistkę szkolną, szczepienia ochronne wykonuje właściwy dla ucznia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

4. Pielęgniarka albo higienistka szkolna sprawująca profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami współpracuje z:

- 1) lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej sprawującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami;
- 2) lekarzami stomatologami sprawującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami;
- 3) rodzicami, opiekunami prawnymi lub faktycznymi ucznia;
- 4) dyrektorem szkoły;
- 5) radą pedagogiczną;
- 6) organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży.

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

§ 9. 1. Pielęgniarka albo higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktycznym.

2. Przy ustalaniu liczby uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną przez jedną pielęgniarkę na-

leży 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 tokiem nauczania, 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 ust. 1 i 4, a także w § 11 ust. 2, sprawuje pielęgniarka środowiskowa/rodzinna.

§ 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 profilaktycznym w szkole przez okres pobierania nauki w danej szkole.

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

3. W przypadku przejścia ucznia do innej szkoły, 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 zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, przekazuje do właściwego wojewody następujące dane:

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

§ 14. 1. Do czasu utworzenia na terenie szkoły gabinetu profilaktycznego, o którym mowa w § 9, zadania określone w § 7 ust. 1 i 4 pkt 2—6, a także w § 11 ust. 2, wykonują lekarze 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 profilaktycznego na terenie szkoły.

§ 15. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *L. Sikorski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 25 czerwca 2003 r. (poz. 1196)

Załącznik nr 1

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA UCZNIĄ

A. Karta profilaktycznego badania lekarskiego dziecka 7-letniego.\*  
Kolejność wypełniania: 1-rodzic/opiekun, 2-pielęgniarka/higienistka szkolna, 3-lekarz

WZÓR

pieczęć szkoły

**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	RODZEŃSTWO DZIECKA	
Imię			Rok urodzenia	Stan zdrowia
Wykształcenie				
Zawód				
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 (alergie)\*\*: 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, nadruchość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zara-  
dność, 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.

\*\* Właściwie podkreślić, wpisać rodzaj odchylenia.

**2. INFORMACJE PIELEŃNIARKI/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\*: boczne skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko-koślawych

**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<sub>s</sub> B B<sub>k</sub> C C<sub>1</sub> - zalecenia: .....

**ZALECENIA:** .....

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

\* Właściwie podkreślić.

\*\* Wpisać rodzaj odchylenia.

**B. Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy III szkoły podstawowej.  
Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-rodzic/opiekun, 3-pielęgniarka/higienistka szkolna, 4-lekarz**

WZÓR

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA 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 <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 opinii nauczyciela WF.

---

**3. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ**

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

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

Widzenie barw\*: prawidłowe, nieprawidłowe

Inne zaburzenia\*\*:

**Układ ruchu\*:** prawidłowy, podejrzenie bocznego skrzywienia kręgosłupa

**Ciśnienie tętnicze krwi:** .....mmHg .....centyl

**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 Tarnera:** .....

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

.....

.....

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

inne odchylenia\*\*:

.....

**Tarczycza\*:** prawidłowa, wole

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

.....

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

.....

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

.....

.....

**GRUPA NA ZAJĘCIACH WF\*:** A A<sub>s</sub> B B<sub>k</sub> C C<sub>1</sub> - zalecenia:

.....

.....

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

**ZALECENIA:** .....

.....

.....

.....

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

---

\* Właściwe podkreślić.

\*\* Wpisać rodzaj odchylenia.

**C. Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy I gimnazjum/  
klasy I szkoły ponadgimnazjalnej.**

Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-rodzic/opiekun, 3-pielęgniarka/higienistka szkolna, 4-lekarz

WZÓR

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA 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 <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 opinii nauczyciela WF.

---

**3. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ****Wysokość ciała:** ..... cm .....centyl      **Masa ciała:** ..... kg .....centyl**Wzrok:** ostrość wzroku\*: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Inne zaburzenia\*\*:

**Śluch**<sup>2</sup>\*: test: szeptem, audiometryczny: wynik prawidłowy, nieprawidłowy**Układ ruchu**\*: prawidłowy, podejrzenie\*: boczne skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej**Ciśnienie tętnicze krwi:** .....mmHg .....centyl**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:** .....**Tarczycza**\*: 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:** .....**GRUPA NA ZAJĘCIACH WF**\*: A A<sub>s</sub> B B<sub>k</sub> C C<sub>1</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: .....

---

<sup>2</sup> Dotyczy ucznia I klasy gimnazjum.

\* Właściwe podkreślić.

\*\* Wpisać rodzaj odchyień.



**D. Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej (18 lat).  
Kolejność wypełniania: 1-uczeń, 2- pielęgniarka/higienistka szkolna, 3-lekarz**

WZÓR

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO  
UCZNIA OSTATNIEJ KLASY SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ (18 LAT)  
(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 (alergie) – 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 miesiączki.....lat.....miesiące

Co ile dni występuje miesiączka: .....ile dni trwa: .....

Czy masz w czasie jej trwania dolegliwości\*:

**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: ..... kg .....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<sub>s</sub>   B   B<sub>k</sub>   C   C<sub>1</sub>

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: .....

.....

Tarczyca\*: 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 UCZNIĄ

A. Wzór karty zdrowia ucznia.

<b>KARTA ZDROWIA UCZNIĄ</b>		<i>(niezależnie gabinetu profilaktycznego lub szkoły)</i>	
		Nazwisko i imię	(data urodzenia)
Adres, telefon		(PESEL)	
<b>PRZEBYTE CHOROBY</b>			
<b>Rok życia</b>	<b>Rodzaj</b>		
<b>PROBLEM ZDROWOTNY, SZKOLNY, SPOŁECZNY</b>			
<b>Data</b>	<b>Rodzaj</b>		
<b>KWALIFIKACJA DO WYCHOWANIA FIZYCZNEGO</b>			
<b>Data</b>	<b>Grupa</b>	<b>Zalecenia</b>	

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								
Zcz	Data								I miesięczka w wieku
	Widoczny								
	Cover test								Inne
	Odbicie światła na rogówkach								
Widzenie barw	Data								
Słuch	Data								
Ciśnienie tętnicze krwi	Data								
	Wynik centyl								

## OBSERWACJE PIEŁĘGNIARKI I WYDANE ZALECENIA

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

Wkleić: 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	Observacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis

## WKŁADKA DO KARTY ZDROWIA UCZNIĄ

Nazwisko i imię ucznia:

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

B. Wzór informacji dotyczącej szczepienia i kwalifikacji lekarskiej.

### INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

.....  
 imię i nazwisko ucznia ..... klasa

W dniu ..... planowane jest:

1. Szczepienie przeciw chorobie Heine-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)

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

b) gammaglobulinę NIE – TAK \*

*cd. na odwrocie*

\* Właściwe podkreślić.

Czy u dziecka po poprzednich szczepieniach wystąpiła wysypka lub inne dolegliwości NIE – TAK\*, jeśli tak, proszę podać:

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

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

\* Właściwe podkreślić.

Klasa.....

**LISTA KLASOWA**

C. Wzór listy klasowej.  
Rok szkolny.....

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

.....  
(imię i nazwisko pielęgniarki lub higienistki szkolnej)

.....  
(imię i nazwisko wychowawcy klasy)

## Załącznik nr 3

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

Klasa (wiek ucznia)	Testy przesiewowe (wykonywane przez pielęgniarkę)	Profilaktyczne badania lekarskie	Profilaktyczne badanie stomatologiczne	Grupowa profilaktyka fluorkowa (nadzorowana przez pielęgniarkę)
Klasa I (7 lat)*	<p><b>Test do wykrywania zaburzeń:</b></p> <p>1) rozwoju fizycznego (<i>pomiar wysokości i masy ciała</i>)</p> <p>2) układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych,</p> <p>3) zęza (<i>Cover test</i>, <i>test Hirschberga</i>,</p>	<p><b>Badanie w obecności rodziców obejmuje:</b></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>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 nadzorowana przez pielęgniarkę</p> <p>Grupowa profilaktyka fluorkowa metodą nadzorowanego szczotkowania zębów / wykonywana w klasach I - VI, 6x w roku, w odstępach co 6 tygodni/.</p>

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



	<p>4) ostrości wzroku, 5) słuchu (<i>badanie orientacyjne szepciem</i>).</p>	<p>7) u chłopców obecności jąder w mosznie i innych 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 zajęciach wychowania fizycznego (w tym nauki pływania) oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.</p>		
<p>Klasa III (10 lat)</p>	<p><b>Test do wykrywania zaburzeń:</b></p> <p>1) rozwoju fizycznego (<i>pomiar wysokości i masy ciała</i>),</p> <p>2) układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kregostupa,</p> <p>3) ostrości wzroku,</p> <p>4) widzenia barw,</p> <p>5) ciśnienia tętniczego krwi.</p>	<p><b>Badanie w obecności rodziców obejmuje:</b></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 zawartą 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) dojrzenia 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. Poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.</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) zgryzsu, 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>	

Klasa V (12 lat)	<p><b>Test do wykrywania zaburzeń:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozwoju fizycznego (<i>miar wysokości i masy ciała</i>),</li> <li>2) układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa, ostrości wzroku.</li> </ol>	Postępowanie poprzeczne u uczniów z dodatnim wynikiem testu.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych.</li> <li>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW.</li> <li>3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu spełniających co najmniej jeden z warunków:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wyraźne zniekształcenie;</li> <li>2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia.</li> </ol> </li> <li>4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa.</li> </ol>	
Klasa I gimnazjum (13 lat)	<p><b>Test do wykrywania zaburzeń:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozwoju fizycznego (<i>miar wysokości i masy ciała</i>),</li> <li>2) układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej, ostrości wzroku,</li> <li>4) słuchu (<i>badanie orientacyjne szeptem</i>),</li> </ol>	<p><b>Badanie w obecności rodziców obejmuje:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wywiad od rodziców i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych;</li> <li>2) analiza informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy;</li> <li>3) analiza innej indywidualnej dokumentacji medycznej.</li> </ol> </li> <li>2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozwoju fizycznego;</li> <li>2) rozwoju psychospołecznego;</li> <li>3) układu ruchu;</li> <li>4) tarczycy;</li> <li>5) dojrzewania płciowego;</li> <li>6) układu moczowo-płciowego;</li> <li>7) jamy ustnej;</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych.</li> <li>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW.</li> <li>3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu spełniających co najmniej jeden z warunków:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wyraźne zniekształcenie;</li> <li>2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia.</li> </ol> </li> <li>4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa.</li> </ol>	

	5) ciśnienia tętniczego krwi.	8) skóry. 1. Badania specjalistyczne lekarskie i laboratoryjne w razie potrzeby. 2. Podsumowanie badania z określeniem poziomu i tempa wzrastania oraz dojrzenia 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.		
klasa I szkoły ponadgimnazjalnej (16 lat)	<b>Test do wykrywania zaburzeń:</b> 1) rozwoju fizycznego ( <i>pomiar wysokości i masy ciała</i> ), 2) układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej, 3) ostrości wzroku, 4) ciśnienia tętniczego krwi.	<b>Badanie obejmuje:</b> 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) analiza innej indywidualnej dokumentacji medycznej. 2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny: 1) rozwoju fizycznego; 2) rozwoju psychospołecznego; 3) procesu dojrzenia płciowego; 4) układu ruchu; 5) tarczycy; 6) jamy ustnej; 7) skóry. 3. Badania specjalistyczne lekarskie i laboratoryjne w razie potrzeby. Podsumowanie badania z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego i dojrzenia płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Poradnictwo w zakresie	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 ostatnia szkoły ponadgim- nazjalnej (18 lat)	<p><b>Test do wykrywania zaburzeń:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozwoju fizycznego (<i>pomiar wysokości i masy ciała</i>),</li> <li>2) ostrości wzroku,</li> <li>3) ciśnienia tętniczego krwi.</li> </ol>	<p>prozdrowotnego stylu życia oraz z punktu widzenia przyszłego wyboru dalszego kształcenia lub pracy zawodowej.</p> <p><b>Badanie obejmuje:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie podmiotowe: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wywiad od ucznia, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych;</li> <li>2) analiza informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy;</li> <li>3) analiza innej indywidualnej dokumentacji medycznej.</li> </ol> </li> <li>2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozwoju fizycznego;</li> <li>2) rozwoju psychospołecznego;</li> <li>3) układu moczowo-płciowego i dojrzałości płciowej;</li> <li>4) układu ruchu;</li> <li>5) tarczycy;</li> <li>6) jamy ustnej;</li> <li>7) skóry.</li> </ol> </li> <li>3. Badania specjalistyczne lekarskie i laboratoryjne w razie potrzeby.</li> </ol> <p>Podsumowanie wyników 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.</p>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych.</li> <li>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW.</li> <li>3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzsu, spełniających co najmniej jeden z warunków: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wyraźne zniekształcenie;</li> <li>2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia.</li> </ol> </li> <li>4. Ocena stanu zdrowia jamy ustnej z uwzględnieniem stanu uzębienia, przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej.</li> </ol>		