

_____ (IME I PREZIME DIJETETA)

_____ (DATUM ROĐENJA I OIB)

_____ (ADRESA STANOVANJA)

_____ (DATUM I VRIJEME ZDRAVSTVENOG PREGLEDA)

_____ (ŠKOLA KOJU ĆE DIJETE POHAĐATI)

Molimo vas da odgovorite na slijedeća pitanja i da ih ponese na zdravstveni pregled ili ih možete poslati par dana prije samog pregleda na mail:

Ime i prezime oca: _____

God. rođenja: _____

Zanimanje oca: _____

Stručna sprema : OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat (zaokružiti)

Ime i prezime majke: _____

God. rođenja : _____

Zanimanje majke: _____

Stručna sprema majke : OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat (zaokružiti)

Bračno stanje roditelja : _____

Dijete živi s : oba roditelja ili _____

Da li netko u obitelji (do djedova i baka djeteta) boluje od nekih kroničnih bolesti (zaokružiti):

Ne Da – navesti tko i od koje bolesti: _____

Kontakt roditelja: telefon/mob. _____

MAJKA: _____

OTAC: _____

e-mail _____

Je li dijete prebolilo neku od ovih zaraznih bolesti.?

(zaokruži)

Vodene kozice Ne/Da

Šarlah Ne/Da

Difterija Ne/Da

Mononukleoza Ne /Da

Tuberkuloza Ne /Da

Ospice Ne /Da

Rubeola Ne /Da

Zaušnjaci Ne /Da

Hepatitis Ne/Da

Ima li dijete alergije?

Ne/Da _____

Kako bi nam olakšali i ubrzali unos potrebnih podataka, molimo Vas da na pregled ponese medicinsku dokumentaciju: karton pedijatra, potvrdu stomatologa (zubna putovnica), cjepnu karticu te ovu brošuru s popunjenim podacima.

Iznimno je važno **pripremiti dijete za pregled i cijepljenje** na koje dijete u toj dobi nije naviklo.

Naš tim (liječnik i med.sestra/tehničar) će se prijateljskim pristupom i blagom riječju nastojati približiti svakom djetetu te otkloniti eventualne nesigurnosti.

Porođajna težina: _____ grama

Porođajna dužina: _____ cm

Apgar ocjena: ____/____

Dijete/tu je:

Niknuo prvi zubić s _____ mjeseci

Počelo sjediti s _____ mjeseci

Prohodalo s _____ mjeseci

Reklo prvu riječ s _____ mjeseci

Reklo prvu rečenicu s _____ mjeseci

Izgovor pravilan DA / NE

Dijete upućivano psihologu DA/ NE ; logopedu DA/NE

Poteškoće: _____

Uspostavilo kontrolu mokrenja s _____ mjeseci

Uspostavilo kontrolu stolice s _____ mjeseci

Dijete pohađalo vrtić: DA / NE

Redovito DA / NE koliko godina _____

Dijete pohađalo malu školu: DA / NE

Prehrambene navike:

Dnevno mlijeka (dcl) _____

Kuhanih obroka dnevno _____

Hladnih obroka dnevno _____

Mesnih obroka tjedno _____ ribe(tj) _____

Nepodnošenje hrane (koje) _____

Aktivnosti u predškolskoj dobi (sport, glazba...):

Potpis roditelja: _____

ZDRAVSTVENI PREGLED UKLJUČUJE:

*otvaranje osobnog zdravstvenog kartona (koji prati dijete do kraja školovanja, a u koji se upisuju sistematski pregledi, skriningi i cijepljenja prema važećem kalendaru cijepljenja)

*mjerenje tjelesne težine i visine

*kontrolu oštine vida i vida na boje

*detaljan klinički pregled uz obavezan pregled vanjskog spolovila

*procjenu razvoja grafomotorike, percepcije i psihičkog razvoja

*orijentacijsku procjenu emocionalne zrelosti djeteta te ocjenu razvoja govora

*daljnji pregled kod potrebnog specijalista (prema potrebi i utvrđenoj indikaciji)

*docjepljivanje djece prema kalendaru cijepljenja: cjepivo protiv ospica-rubeole-zaušnjaka (MMR) pri pregledu, a tijekom prvog razreda drugo cjepivo protiv dječje paralize (IPV)