
(IME I PREZIME DIJETETA)

OIB: _____
(DATUM I MJESTO ROĐENJA, TE OIB)

(ADRESA STANOVANJA)

(DATUM I VRIJEME ZDRAVSTVENOG PREGLEDA)

(ŠKOLA KOJU ĆE DIJETE POHAĐATI)

Kako bi nam olakšali i ubrzali unos potrebnih podataka, molimo Vas da na pregled donesete medicinsku dokumentaciju: zdravstvenu iskaznicu, KARTON PEDIJATRA (osim upisanih kod Dr. Kevrić), NALAZE specijalista (ako dijete boluje od neke bolesti), potvrdu stomatologa (ZUBNU PUTOVNICU), ISKAZNICU IMUNIZACIJE (kartončić cijepljenja), te ovu ANKETU.

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.

Ime i prezime oca: _____

God. rođenja: _____

Zanimanje oca: _____

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

Status zaposlenja: _____

Radno mjesto: _____

Ime i prezime majke: _____

God. rođenja: _____

Zanimanje majke: _____

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

Status zaposlenja: _____

Radno mjesto: _____

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. - **OBAVEZNO**

MAJKA: _____

OTAC: _____

e-mail: _____

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: _____

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 _____

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)

***mjerjenje 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)

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