

Indywidualna Karta Wywiadu Środowiskowego – Stan Zdrowia Ucznia

Zwracam się z uprzejmą prośbą o uzupełnienie poniższego kwestionariusza. Informacje te niezbędne są do zgłoszenia ucznia/uczennicy w Narodowym Funduszu Zdrowia, jako osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym. Pozostałe dane będą wykorzystane do uzupełnienia/aktualizacji Karty Zdrowia Ucznia. W związku z rozpoczęciem/kontynuacją nauki w roku szkolnym 2016/2017 uczeń zostaje objęty opieką pielęgniarską przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 r. (Dz. U. 2013 poz. 1248) Zał. 4 Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji (z późn. zm). Dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych, (Dz. U. 2016 r. poz. 922), a także podlegają szczególnej ochronie i przetwarzaniu jako dane medyczne zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 poz. 2069)

Szkoła, klasa:	Nr tel. opiekuna prawnego	
Nazwisko, imię ucznia:	Pesel ucznia: (niezbędne)	Data urodzenia:
Adres zamieszkania:	Nazwa i adres placówki POZ, której uczeń podlega:	
Czy uczeń jest szczepiony zgodnie z kalendarzem szczepień w placówce POZ, do której należy? Tak Nie		
Przebyte choroby: wybrać Tak / Nie oraz wpisać rok zachorowania ↓		
Ospa →	Tak Nie	Różyczka → Tak Nie Pionica → Tak Nie
Odra →	Tak Nie	Świnka → Tak Nie Inne →
Przebyte urazy: wpisać poniżej rodzaj urazu oraz rok zdarzenia ↓		
Przebyte operacje: wybrać Tak/ Nie oraz wpisać rok przeprowadzenia ↓		
Usunięcie wyrostka robaczkowego: Tak Nie		
Inne:(rodzaj, rok)→		
Choroby przewlekłe: poniżej wybrać tak/ nie oraz wpisać rok zdiagnozowania ↓		
Astma →	Tak Nie	Cukrzyca → Tak Nie Padaczka → Tak Nie
Choroby serca →	Tak Nie	Inne →
Alergie: wpisać rodzaj alergii oraz substancję uczulającą (alergen)		
Rodzaj →		
Alergen →		
Zażywane leki : wpisać poniżej nazwę leku, powód zażywania ↓		
Nazwa leku →		
Powód zażywania →		
Czy uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej?: wybrać Tak/Nie, jakiej, z jakiego powodu ↓		
Poradnia specjalistyczna: Tak Nie	Jaka/ Z jakiego powodu?:	Czy uczeń posiada orzeczenie o niepełnosprawności? Tak Nie Zakres orzeczenia:
Czy wyrażają Państwo zgodę na ewentualne podanie leków przypadku wystąpienia dolegliwości u dziecka?: Zaznaczyć właściwe.		
p/bólowych, p/gorączkowych (paracetamol)→	Tak Nie	Rozkurczowych (no-spa)→ Tak Nie (krople miętowe)→ Tak Nie
Uspokajających (neospazmina)→	Tak Nie	Odkaszające (octenisept)→ Tak Nie
Osoba kontaktowa w przypadku zdarzeń nagłych (np. zachorowanie uniemożliwiające uczestniczenie w lekcjach/ interwencja pogotowia ratunkowego): ↓		
St.pokrewieństwa	Nr telefonu	
Dodatkowe uwagi dotyczące szczególnej opieki medycznej nad dzieckiem podczas jego pobytu w szkole Zaznaczyć właściwe.		
Tak Nie	Jakie?:	
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez pielęgniarkę szkolną badań profilaktycznych, zdrowotnych i higienicznych (w tym badania bilansowe, przesiewowe, profilaktyczna kontrola stanu włosów i skóry)		
Tak		Nie
Data:	Czytelny podpis opiekuna:	

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania VITA MEDIS

Uwaga!

Jeśli uczeń miał już wykonane Profilaktyczne Badanie Lekarskie Dziecka 6-letniego (Bilans-6latka)w Przychodni POZ uprzejmie proszę o jak najszybsze dostarczenie kserokopii Karty Profilaktycznego Badania Lekarskiego 6-latka do Gabinetu Profilaktyki i Pomocy Przedlekarskiej znajdującego się na terenie placówki.