

**Indywidualna Karta Wywiadu Środowiskowego – Stan Zdrowia Ucznia**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o uzupełnienie poniższego kwestionariusza. Informacje te są niezbędne do uzupełnienia/aktualizacji Karty Zdrowia Ucznia. W związku z rozpoczęciem/kontynuacją nauki w bieżącym roku szkolnym uczeń zostaje objęty opieką pielęgniarzką przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania zgodnie z *Ustawą dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2217z późn. zm.)* oraz *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1248 z późn. zm) Zał. 4. Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji. Dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), 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. 2069z późn. Zm.)*.**

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

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 szkoły.