

WZÓR



# **KSIĄŻECZKA ZDROWIA DZIECKA**

Ministerstwo Zdrowia

1. Książeczkę zdrowia dziecka należy przechowywać w sposób uniemożliwiający osobom nieuprawnionym dostęp do zawartych w niej informacji.
2. Książeczkę zdrowia dziecka należy okazywać przy każdej wizycie patronażowej, badaniu profilaktycznym, w tym również badaniu stomatologicznym, wizycie w poradni specjalistycznej oraz w szpitalu, w celu dokonania wpisu przez lekarza, położną lub pielęgniarkę, a także w innych przypadkach, gdy zawarte w niej informacje są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.
3. Obowiązkiem rodziców jest zgłaszanie się z dzieckiem na szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284, 322, 374 i 567).
4. Wykonane szczepienia należy odnotować w książeczce szczepień wydanej na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, dołączonej do książeczki zdrowia dziecka.

## Spis treści

Dane osobowe dziecka .....	5
Dane rodziców/opiekunów dziecka .....	5
Okres prenatalny (ciąża) .....	6
Poród .....	8
Stan noworodka po urodzeniu .....	9
Obserwacja noworodka w szpitalu .....	10
Dodatkowa informacja o pobycie w szpitalu .....	11
Dane noworodka w dniu wypisu ze szpitala albo przekazania opieki nad dzieckiem urodzonym w warunkach pozaszpitalnych pod opiekę położnej podstawowej opieki zdrowotnej .....	12
Wizyty patronażowe .....	15
Wizyty profilaktyczne 0–4. rok życia .....	21
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej dziecka do ukończenia 4. roku życia ....	37
Wizyty profilaktyczne 5–19. rok życia .....	38
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej .....	50
Przebyte choroby zakaźne .....	52
Konsultacje specjalistyczne .....	53
Uczulenia i reakcje anafilaktyczne .....	55
Hospitalizacje .....	56
Zaopatrzenie w wyroby medyczne .....	58
Zwolnienia z zajęć sportowych .....	59
Uwagi .....	61
Procedury radiologiczne .....	62
Siatki centylowe .....	64



**I. DANE OSOBOWE DZIECKA**

1. Nazwisko.....
2. Imię/imiona.....
3. Data urodzenia (rrrr-mm-dd-gg-mm).....
4. Miejsce urodzenia.....
5. Płeć    męska     żeńska
6. Numer PESEL  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
7. Grupa krwi i czynnik Rh<sup>1)</sup>.....  
Wpisane na podstawie badania nr.....

Data.....

Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

.....

**II. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW DZIECKA**

1. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego.....
2. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego.....
3. Numery telefonów kontaktowych rodziców/opiekunów prawnych.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

<sup>1)</sup> Jeżeli oznaczono po urodzeniu.

**III. OKRES PRENATALNY (CIAŻA)**

1. Wiek matki.....
2. Grupa krwi ..... czynnik Rh..... matki
3. Podano immunoglobulinę anty-RhD: tak  nie   
profilaktyka śródciążowa: tak  nie   
profilaktyka poporodowa: tak  nie
4. Ciąża (która z kolei) ..... pojedyncza  wielopłodowa
5. Narażenie na czynniki szkodliwe w czasie ciąży .....  
.....  
.....  
(rodzaj czynnika, czas trwania i wiek ciąży)
6. Szczepienia wykonane w czasie ciąży.....  
.....  
(rodzaj szczepienia; wiek ciąży)
7. Leki przyjmowane w czasie ciąży (dawki, okres przyjmowania; wiek ciąży).....  
.....  
.....  
.....  
.....
8. Przebieg ciąży:  
nieprawidłowości pępowiny   
nieprawidłowości łożyska   
wielowodzie   
małowodzie   
hipotrofia płodu:  
wczesna   
późna   
symetryczna   
asymetryczna   
wady w budowie ciała płodu   
nieprawidłowe położenie płodu

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| osłabione ruchy płodu            | <input type="checkbox"/> |
| zaburzenia czynności serca płodu | <input type="checkbox"/> |
| niedokrwistość                   | <input type="checkbox"/> |
| niedoczynność tarczycy           | <input type="checkbox"/> |
| nadczynność tarczycy             | <input type="checkbox"/> |
| cukrzyca ciężarnych              | <input type="checkbox"/> |
| cukrzyca typu I                  | <input type="checkbox"/> |
| cukrzyca typu II                 | <input type="checkbox"/> |
| cholestaza                       | <input type="checkbox"/> |
| zespół HELLP                     | <input type="checkbox"/> |
| choroby serca                    | <input type="checkbox"/> |
| nadciśnienie tętnicze przewlekłe | <input type="checkbox"/> |
| nadciśnienie tętnicze ciążowe    | <input type="checkbox"/> |
| stan przedrzucawkowy             | <input type="checkbox"/> |
| rzucawka                         | <input type="checkbox"/> |
| drgawki                          | <input type="checkbox"/> |
| omdlenia                         | <input type="checkbox"/> |
| konflikt serologiczny            | <input type="checkbox"/> |
| leczenie wewnątrzmaciczne płodu  | <input type="checkbox"/> |
| białkomocz                       | <input type="checkbox"/> |
| inne.....                        |                          |
| .....                            |                          |

Data.....

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

.....

**IV. PORÓD**

1. Miejsce urodzenia: szpital  dom  inne
2. Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą.....  
.....  
.....
3. Ukończony tydzień ciąży .....
4. Poród: spontaniczny  indukowany   
pojedynczy  mnogi  dziecko, które z kolei.....  
siłami natury   
zabiegowy: kleszcze  vacuum  pomoc ręczna   
operacyjny (cięcie cesarskie): nagłe  elektywne
5. Wskazania do porodu zabiegowego albo operacyjnego:  
nieprawidłowe położenie/ułożenie płodu  nieprawidłowa czynność skurczowa  
macicy  stan septyczny  krwawienie w I okresie   
inne.....  
.....
6. Objawy zagrożenia płodu.....  
.....
7. Czas trwania I okresu..... czas trwania II okresu.....
8. Płyn owodniowy: przejrzysty  mętny  zielony  żółty  krwisty   
cuchnący  brak   
odpłynął: w czasie porodu  ..... godzin przed porodem
9. Sposób łagodzenia bólu porodowego.....  
.....
10. Leki stosowane w czasie porodu.....  
.....  
.....
11. Pobrano krew pępowinową: tak  nie
12. Uwagi.....  
.....  
.....

Data.....

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę  
.....



**V. STAN NOWORODKA PO URODZENIU**

1. Urodzeniowa masa ciała .....g (zaznaczyć na siatce centylowej)
2. Długość ciała .....cm
3. Obwód głowy .....cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Obwód klatki piersiowej .....cm
5. Ocena wg skali Apgar:

Minuta życia:	1.	3.	5.	10.	(odchylenia w badaniu):
<b>Czynność serca</b>					
<b>Oddech</b>					
<b>Napięcie mięśni</b>					
<b>Odruchy</b>					
<b>Zabarwienie skóry</b>					
<b>RAZEM pkt</b>					

6. Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu:

- odśluzowanie
- osuszenie
- zaopatrzenie pępowiny
- profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka
- podanie witaminy K
- podanie tlenu  od..... do ..... min
- sztuczna wentylacja  od..... do ..... min
- intubacja  w ..... min
- masaż serca  od..... do ..... min
- cewnikowanie naczyń pępowinowych

7. Krew pępowinowa (tętnica, żyła): pH .....BE .....inne.....

8. Saturacja..... %

9. Echo serca (gdy saturacja poniżej 96%) .....

10. Leki.....  
.....

11. Kontakt noworodka z matką „skóra do skóry”: tak  nie

Czas trwania....., jeżeli krócej niż 2 godziny powód przerwania:.....  
.....

12. Czy dziecko zaczęło ssać pierś: tak  nie

Data.....

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę  
.....

**VI. OBSERWACJA NOWORODKA W SZPITALU**

1. Najniższa masa ciała .....g w .....dobie
2. Karmienie: naturalne  sztuczne  mieszane  preparat .....
3. Koordynacja procesu ssanie – połykanie: zadowolająca  niezadowolająca   
dziecko żywotne: tak  nie   
rytm sen – czuwanie: prawidłowy  nieprawidłowy   
adekwatne do sytuacji reakcje na:  
dotyk: tak  nie   
dźwięk: tak  nie   
światło: tak  nie   
zmianę pozycji ciała: tak  nie
4. Żółtaczka fizjologiczna: od ..... do .....doby  
Maksymalne stężenie bilirubiny .....w .....dobie
5. Smółka.....
6. Inne.....
7. Badanie lekarskie przedmiotowe .....
8. Poszerzone badanie kliniczne noworodka  data i godzina.....
9. Uwagi.....
10. Wyniki badań dodatkowych.....
11. Stan pediatryczny wymagający przejściowej obserwacji (do 7 dni)
12. Rozpoznanie i epikryza .....

Data.....

Oznaczenie lekarza

.....

## **VII. DODATKOWA INFORMACJA O POBYCIE W SZPITALU**

Rozpoznanie i epikryza

Data.....

Oznaczenie lekarza

.....

**VIII. DANE NOWORODKA W DNIU WYPISU ZE SZPITALA ALBO PRZEKAZANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM URODZONYM W WARUNKACH POZASZPITALNYCH POD OPIEKĘ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

1. Data (rrrr-mm-dd).....
2. Wiek kalendarzowy..... wiek postkonceptyjny<sup>2)</sup> .....
3. Masa ciała .....g (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Długość ciała .....cm
5. Obwód głowy .....cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
6. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe.....
7. Badanie przedmiotowe .....
- .....
- .....
- .....
8. Noworodek wypisany ze szpitala: do domu  do innego oddziału   
na żądanie rodziców
9. Stan noworodka w dniu wypisu albo przekazania opieki: zdrowy, bez zastrzeżeń   
wymaga dalszej obserwacji, diagnozowania albo leczenia
10. Wykonano szczepienia obowiązkowe: tak  nie
11. Badania przesiewowe:  
Pobrano krew na bibułę: tak  nie   
Kod bibuły<sup>3)</sup> I i data pobrania.....  
Kod bibuły<sup>3)</sup> II i data pobrania (na wezwanie).....  
Bibułę z kodem<sup>3)</sup>.....  
przekazano do.....
12. Inne badania wykonane w dniu wypisu.....  
Badanie słuchu I  
Data badania (rrrr-mm-dd).....  
Wynik badania: prawidłowy  nieprawidłowy   
Badanie słuchu II  
Data badania (rrrr-mm-dd).....  
Wynik badania: prawidłowy  nieprawidłowy

<sup>2)</sup> Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

<sup>3)</sup> Może być wklejony.

13. Wrodzone wady rozwojowe.....  
Zgłoszono do rejestru wrodzonych wad rozwojowych w dniu.....
14. Zlecone konsultacje specjalistyczne i badania:
- USG stawów biodrowych
- Badanie okulistyczne<sup>4)</sup>
- Inne.....  
.....  
.....
15. Przepisane leki, witaminy .....
- .....  
.....
16. Karmienie:
- wyłącznie piersią
- mieszane
- sztuczne
- skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej.....  
.....  
.....
17. Zalecenia lekarskie.....  
.....  
.....
18. Zalecenia pielęgnacyjne.....  
.....
19. Poinformowano o czynnikach ryzyka nagłej śmierci łóżeczkowej: tak  nie
20. Przeprowadzono instruktaż karmienia piersią: tak  nie
21. Poinformowano o konieczności wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:  
tak  nie
22. Poinformowano o konieczności wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:  
tak  nie

---

<sup>4)</sup> W przypadku niemowląt urodzonych przed 32. tygodniem ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 1500 g albo niemowląt urodzonych przed 36. tygodniem ciąży z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii.

23. Poinformowano o konieczności wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej:

tak  nie

Data.....

Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

.....

## IX. WIZYTA PATRONAŻOWA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 1–4. tydzień życia

1. Wiek kalendarzowy..... wiek postkoncepcyjny<sup>2)</sup> .....
2. Długość ciała .....cm
3. Obwód głowy .....cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Obwód klatki piersiowej ..... cm
5. Ciemię przednie .....szwy czaszkowe .....
6. Przyjmowane leki .....
- .....
- .....
7. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej – guzki Bohna, perły Ebsteina, nadziąślaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)
  - skóra.....
  - głowa.....
  - szyja.....
  - oczy.....
  - uszy.....
  - jama ustna/gardło.....
  - węzły chłonne .....
  - płuca.....
  - serce.....
  - brzuch.....
  - układ moczowo-płciowy.....
  - układ kostno-stawowy.....
  - stan odżywienia.....
8. Żywienie:
  - wyłącznie piersią
  - mieszane
  - sztuczne
  - skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej.....
  - .....
  - .....
9. Ocena neurorozwojowa.....

<sup>2)</sup> Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak  nie

trudności ze ssaniem  połykaniem

bezdechy  wymioty  drgawki  płacz przenikliwy  kwilenie

brak reakcji na dźwięki

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

.....  
.....  
.....

11. Warunki mieszkaniowe: bardzo dobre  dobre  przeciętne  złe

12. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....

13. Zalecenia.....

.....

14. Porada żywieniowa.....

.....

Żywnienie ..... witaminy.....

15. Zlecone konsultacje.....

.....

16. Zlecone badania diagnostyczne .....

.....

.....

Data.....

Oznaczenie lekarza

.....



### X. WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ

- 1. Data I. wizyty.....
- 2. Wiek dziecka.....
- 3. Opis wizyty.....  
.....  
.....  
.....
- 4. Sposób żywienia noworodka:  
  
wylącznie piersią   
  
mieszane   
  
sztuczne   
skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej.....  
.....  
.....
- 5. Zalecenia.....  
.....
- 6. Data następnej wizyty.....

Data..... Oznaczenie położnej.....

- 1. Data II. wizyty.....
- 2. Wiek dziecka.....
- 3. Opis wizyty.....  
.....  
.....  
.....
- 4. Sposób żywienia noworodka.....
- 5. Zalecenia.....  
.....
- 6. Data następnej wizyty.....

Data..... Oznaczenie położnej.....

- 1. Data III. wizyty.....
- 2. Wiek dziecka.....
- 3. Opis wizyty.....  
.....  
.....  
.....
- 4. Sposób żywienia noworodka.....
- 5. Zalecenia.....  
.....
- 6. Data następnej wizyty.....

Data..... Oznaczenie położnej.....

- 1. Data IV. wizyty.....
- 2. Wiek dziecka.....
- 3. Opis wizyty.....  
.....  
.....  
.....
- 4. Sposób żywienia noworodka.....
- 5. Zalecenia.....  
.....
- 6. Data następnej wizyty.....

Data..... Oznaczenie położnej.....

- 1. Data V. wizyty.....
- 2. Wiek dziecka.....
- 3. Opis wizyty.....  
.....  
.....  
.....
- 4. Sposób żywienia noworodka.....
- 5. Zalecenia.....  
.....
- 6. Data następnej wizyty.....

Data..... Oznaczenie położnej.....

1. Data VI. wizyty.....
2. Wiek dziecka.....
3. Opis wizyty.....  
.....  
.....  
.....
4. Sposób żywienia noworodka.....
5. Zalecenia.....  
.....
6. Data następnej wizyty.....

Data.....

Oznaczenie położnej.....

**XI. WIZYTY PATRONAŻOWE PIELEŃNIARKI**

- 1. Data I. wizyty.....
- 2. Wiek dziecka.....
- 3. Opis wizyty.....  
.....  
.....  
.....
- 4. Zalecenia.....  
.....
- 5. Data następnej wizyty<sup>5)</sup>.....

Data..... Oznaczenie pielęgniarki.....

- 1. Data II. wizyty<sup>5)</sup>.....
- 2. Wiek dziecka.....
- 3. Opis wizyty.....  
.....  
.....  
.....
- 4. Zalecenia.....  
.....

Data..... Oznaczenie pielęgniarki.....

<sup>5)</sup> W przypadku gdy w czasie wizyty stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia dziecka.

**XII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6–9. tydzień życia** (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy ..... wiek postkonceptyjny<sup>2)</sup> .....
2. Masa ciała .....g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała.....cm
4. Obwód głowy..... cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej .....cm
6. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe.....
7. Przyjmowane leki .....
8. Test przesiewowy w kierunku:  
**Zaburzeń wzroku:**  
 zez: widoczny  niewidoczny   
 test Hirschberga: ujemny  dodatni  Cover test: ujemny  dodatni   
**Zaburzeń słuchu** (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia  
 słuchu): prawidłowy  nieprawidłowy   
**Wrodzonej dysplazji stawów biodrowych:** prawidłowy  nieprawidłowy   
**Wnętrostwa:** jądra w mosznie  w kanale pachwinowym  niewyczuwalne
9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej (guzki Bohna, perły Ebsteina), nadziąślaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)  
 skóra.....  
 głowa.....  
 szyja.....  
 oczy.....  
 uszy.....  
 jama ustna/gardło.....  
 węzły chłonne .....
- płuca.....
- serce.....
- brzuch.....
- układ moczowo-płciowy.....
- układ kostno-stawowy.....
- stan odżywienia.....

<sup>2)</sup> Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywienie:

wyłącznie piersią

mieszane

sztuczne

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej.....  
.....  
.....

11. Ocena neurorozwojowa.....  
.....

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak  nie

trudności ze ssaniem  trudności z połykaniem

bezdechy  wymioty  drgawki  płacz przenikliwy  kwilenie

brak reakcji na dźwięki

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....  
.....

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....

14. Zalecenia.....

15. Porada żywieniowa.....  
.....

Dieta..... witaminy.....

16. Zlecone konsultacje.....  
.....

17. Zlecone badania diagnostyczne .....  
.....

Data.....

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

.....

.....

**XIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ 3–4. miesiąc życia (w terminie odpowiadającym  
szczepieniom ochronnym)**

1. Wiek kalendarzowy..... wiek postkonceptyjny<sup>2)</sup>.....
2. Masa ciała .....g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała.....cm
4. Obwód głowy.....cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej.....cm
6. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe.....
7. Przyjmowane leki .....
8. Test przesiewowy w kierunku:  
**Zaburzeń wzroku:**  
zez: widoczny  niewidoczny   
test Hirschberga: ujemny  dodatni  Cover test: ujemny  dodatni   
**Zaburzeń słuchu** (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia  
słuchu): prawidłowy  nieprawidłowy   
**Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych:** prawidłowy  nieprawidłowy   
**Wnętrostwa:** jądra w mosznie  w kanale pachwinowym  niewyczuwalne
9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku)  
skóra.....  
głowa.....  
szyja.....  
oczy.....  
uszy.....  
jama ustna/gardło.....  
węzły chłonne .....
- płuca.....
- serce.....
- brzuch.....
- układ moczowo-płciowy.....
- układ kostno-stawowy.....
- stan odżywienia.....

<sup>2)</sup> Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywienie:

wyłącznie piersią

mieszane

sztuczne

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej.....

11. Ocena neurorozwojowa.....

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak  nie

trudności ze ssaniem  trudności z połykaniem

nieprawidłowe stolce  bezdechy  wymioty  drgawki

brak odwracania głowy w kierunku dźwięku

brak łączenia rąk w linii środkowej

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....

14. Zalecenia.....

15. Porada żywieniowa.....

Dieta..... witaminy.....

16. Zlecone konsultacje.....

17. Zlecone badania diagnostyczne .....

Data.....

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

.....

.....



**XIV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6. miesiąc życia** (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy..... wiek postkonceptyjny<sup>2)</sup>.....
2. Masa ciała .....g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała.....cm
4. Obwód głowy.....cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej .....cm
6. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe.....
7. Przyjmowane leki .....

8. Test przesiewowy w kierunku:

**Zaburzeń wzroku:**

zez: widoczny  niewidoczny

test Hirschberga: ujemny  dodatni  Cover test: ujemny  dodatni

**Zaburzeń słuchu** (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy  nieprawidłowy

**Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych:** prawidłowy  nieprawidłowy

**Wnętrostwa:** jądra w mosznie  w kanale pachwinowym  niewyczuwalne

9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy)

skóra.....

głowa.....

szyja.....

oczy.....

uszy.....

jama ustna/gardło.....

węzły chłonne .....

płuca.....

serce.....

brzuch.....

układ moczowo-płciowy.....

układ kostno-stawowy.....

stan odżywienia.....

<sup>2)</sup> Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

## 10. Żywnienie:

wyłącznie piersią mieszane sztuczne 

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej.....

## 11. Ocena neurorozwojowa .....

## 12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak  nie trudności z karmieniem  bezdechy wymioty  drgawki  nieprawidłowe stolce brak reakcji na dzwonek, telefon, głos opiekuna brak zainteresowania zabawkami  brak obrotu na boki i na brzuch 

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....

## 13. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....

## 14. Zalecenia.....

## 15. Porada żywieniowa.....

Dieta..... witaminy.....

## 16. Zlecone konsultacje.....

## 17. Zlecone badania diagnostyczne.....

Data.....

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

.....

.....

**XV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ 9. miesiąc życia**

1. Wiek kalendarzowy..... wiek postkonceptyjny<sup>2)</sup>.....
2. Masa ciała .....g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała.....cm
4. Obwód głowy.....cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej .....cm
6. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe.....
7. Przyjmowane leki .....  
.....
8. Test przesiewowy w kierunku:  
**Zaburzeń wzroku:**  
zez: widoczny  niewidoczny   
test Hirschberga: ujemny  dodatni  Cover test: ujemny  dodatni   
**Zaburzeń słuchu** (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia  
słuchu): prawidłowy  nieprawidłowy   
**Wnętrostwa:** jądra w mosznie  w kanale pachwinowym  niewyczuwalne
9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na żąbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku,  
nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą  
z fluorem)  
skóra.....  
głowa.....  
szyja.....  
oczy.....  
uszy.....  
jama ustna/gardło.....  
węzły chłonne .....  
płuca.....  
serce.....  
brzuch.....  
układ moczowo-płciowy.....  
układ kostno-stawowy.....  
stan odżywienia.....

<sup>2)</sup> Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

## 10. Żywnienie:

wyłącznie piersią mieszane sztuczne 

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej.....

## 11. Ocena neurorozwojowa .....

## 12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak  nie trudności z karmieniem  bezdechy wymioty  drgawki  nieprawidłowe stolce trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra  brak strumienia mikcji częste infekcje  brak reakcji na ciche dźwięki  brak ciągu sylab da-da-da stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową 

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....

## 13. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....

## 14. Zalecenia.....

## 15. Porada żywieniowa.....

Dieta..... witaminy.....

## 16. Zlecone konsultacje.....

## 17. Zlecone badania diagnostyczne .....

18. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak  nie

Data.....

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

.....

.....

## XVI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 12. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy..... wiek postkonceptyjny<sup>2)</sup>.....
2. Masa ciała .....g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała.....cm
4. Obwód głowy.....cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej .....cm
6. Ciśnienie tętnicze krwi .....
7. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe.....
8. Przyjmowane leki .....
- .....
9. Test przesiewowy w kierunku:  
**Zaburzeń wzroku:**  
zez: widoczny  niewidoczny   
test Hirschberga: ujemny  dodatni  Cover test: ujemny  dodatni   
**Zaburzeń słuchu** (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia  
słuchu): prawidłowy  nieprawidłowy   
**Wnętrostwa:** jądra w mosznie  w kanale pachwinowym  niewyczuwalne
10. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku,  
nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą  
z fluorem)  
skóra.....  
głowa.....  
szyja.....  
oczy.....  
uszy.....  
jama ustna/gardło.....  
węzły chłonne .....
- płuca.....
- serce.....
- brzuch.....
- układ moczowo-płciowy.....
- układ kostno-stawowy.....
- stan odżywienia.....

<sup>2)</sup> Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

## 11. Żywienie

wyłącznie piersią mieszane sztuczne 

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej.....

## 12. Ocena neurorozwojowa .....

## 13. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak  nie trudności z karmieniem  bezdechy wymioty  drgawki  nieprawidłowe stolce trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra  brak strumienia mikcji częste infekcje  brak reakcji na ciche dźwięki  brak ciągu sylab da-da-da stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową 

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....

## 14. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....

## 15. Zalecenia.....

## 16. Porada żywieniowa.....

Dieta..... witaminy.....

## 17. Zlecone konsultacje.....

## 18. Zlecone badania diagnostyczne .....

Badanie okulistyczne

19. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak  nie

Data.....

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

.....

.....



## XVII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 2. rok życia

1. Wiek kalendarzowy..... wiek postkoncepcyjny<sup>2)</sup>.....
2. Masa ciała .....g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała.....cm
4. Obwód głowy..... cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Ciśnienie tętnicze krwi .....
6. Wskaźnik BMI .....
7. Ciemień przednie ..... szwy czaszkowe.....
8. Przyjmowane leki .....
- .....
9. Test przesiewowy w kierunku:  
**Zaburzeń wzroku:**  
zez: widoczny  niewidoczny   
test Hirschberga: ujemny  dodatni  Cover test: ujemny  dodatni   
**Zaburzeń słuchu** (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia  
słuchu): prawidłowy  nieprawidłowy   
**Wnętrostwa:** jądra w mosznie  w kanale pachwinowym  niewyczuwalne
10. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku,  
nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą  
z fluorem)  
skóra.....  
głowa.....  
szyja.....  
oczy.....  
uszy.....  
jama ustna/gardło.....  
węzły chłonne .....
- płuca.....
- serce.....
- brzuch.....
- układ moczowo-płciowy.....
- układ kostno-stawowy.....
- stan odżywienia.....

<sup>2)</sup> Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

11. Żywnienie (częstotliwość i objętość posiłków oraz napojów, stosowanie diet eliminacyjnych).....  
.....
12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
- Zauważone niepokojące objawy: tak  nie
- trudności z karmieniem  bezdechy
- wymioty  drgawki  nieprawidłowe stolce
- trudności z mikcją, pieluchowanie  brak strumienia mikcji  częste infekcje
- brak należnego dla wieku rozwoju mowy: brak zdań dwuwyrzowych
- brak używania trzeciej osoby
- brak należnego dla wieku rozumienia mowy: brak pokazywania części ciała
- brak spełniania prostych poleceń
- zaburzenia zachowania  zaburzenia snu
- brak pierwszych swobodnych kroków po 15. miesiącu życia  brak wchodzenia na schody z trzymaniem poręczy
- Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....  
.....
13. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
14. Zalecenia.....
15. Porada żywieniowa.....  
.....  
Dieta..... witaminy.....
16. Zlecone konsultacje.....  
.....
17. Zlecone badania diagnostyczne .....  
.....
18. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak  nie

Data.....

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

.....

.....

**XVIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ 4. rok życia**

1. Wiek .....
2. Masa ciała .....kg centyl.....
3. Wzrost..... cm centyl.....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ..... centyl.....
5. Wskaźnik BMI ..... centyl.....
6. Przyjmowane leki.....  
.....
7. Test przesiewowy w kierunku:  
**Zaburzeń wzroku:**  
zez: widoczny  niewidoczny   
test Hirschberga: ujemny  dodatni  Cover test: ujemny  dodatni   
**Zaburzeń słuchu** (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia  
słuchu): prawidłowy  nieprawidłowy   
**Wnętrostwa:** jądra w mosznie  w kanale pachwinowym  niewyczuwalne
8. Badanie lekarskie  
skóra.....  
głowa.....  
szyja.....  
oczy.....  
uszy.....  
jama ustna/gardło.....  
węzły chłonne .....  
płuca.....  
serce.....  
brzuch.....  
układ moczowo-płciowy.....  
układ kostno-stawowy.....  
stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena aktywności fizycznej .....
13. Problemy zdrowotne.....  
.....

14. Leczenie przewlekłe.....  
.....
15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna  
.....  
.....
16. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
17. Zalecenia.....
18. Porada żywieniowa.....  
.....  
Dieta..... witaminy.....
19. Zlecone konsultacje .....  
.....
20. Zlecone badania diagnostyczne .....  
.....

Data.....

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

.....

.....

## XIX. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ DZIECKA DO UKOŃCZENIA 4. ROKU ŻYCIA<sup>6)</sup>

Data wizyty adaptacyjnej: .....

Wiek	6. m.ż.	9. m.ż.	12. m.ż.	2. r.ż.	4 r.ż.
Liczba zębów, w tym:					
z próchnicą <b>P</b>					
usuniętych <b>U</b>					
wypełnionych <b>W</b>					
Defekty szkliwa	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi nazębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)					
Wady narządu żucia (jakie?)					
Stan języka					
Stan przyzębia					
Parafunkcje					
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/dziennie					
Ryzyko próchnicy (wg puw) <sup>7)</sup>					
Zalecenia					
Data, oznaczenie lekarza dentysty					

<sup>6)</sup> Wypełnia lekarz dentysta.

<sup>7)</sup> Wskaźnik intensywności próchnicy – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

**XX. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ 5. rok życia**

1. Wiek .....
2. Masa ciała .....kg centyl.....
3. Wzrost..... cm centyl.....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ..... centyl.....
5. Wskaźnik BMI ..... centyl.....
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe

**Wzrok:** ostrość wzroku bez okularów  w okularach  OP ..... OL .....

wada refrakcji..... widzenie barw: prawidłowe  nieprawidłowe   
inne zaburzenia.....

**Słuch:** test szeptem, audiometryczny: prawidłowy  nieprawidłowy

**Układ ruchu:** prawidłowy  boczne skrzywienie kręgosłupa  kolana koślawe

stopy płasko-koślawe

inne odchylenia.....

8. Badanie lekarskie
  - skóra.....
  - głowa.....
  - szyja.....
  - oczy.....
  - uszy.....
  - jama ustna/gardło.....
  - węzły chłonne .....
  - płuca.....
  - serce.....
  - brzuch.....
  - układ moczowo-płciowy.....
  - układ kostno-stawowy.....
  - stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena aktywności fizycznej .....
13. Problemy zdrowotne.....

- 14. Leczenie przewlekłe.....  
.....
- 15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna  
.....  
.....
- 16. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
- 17. Zalecenia.....
- 18. Porada żywieniowa.....  
.....  
Dieta..... witaminy.....
- 19. Zlecone konsultacje .....  
.....
- 20. Zlecone badania diagnostyczne .....  
.....
- 21. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak  nie

Data.....

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń

.....

.....

**XXI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6. rok życia (roczne  
obowiązkowe przygotowanie przedszkolne)<sup>8)</sup>**

1. Wiek .....
2. Masa ciała .....kg centyl.....
3. Wzrost..... cm centyl.....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ..... centyl.....
5. Wskaźnik BMI ..... centyl.....
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe  
**Wzrok:** ostrość wzroku bez okularów  w okularach  OP ..... OL .....  
wada refrakcji..... widzenie barw: prawidłowe  nieprawidłowe   
inne zaburzenia.....  
**Słuch:** test szeptem, audiometryczny: prawidłowy  nieprawidłowy   
**Układ ruchu:** prawidłowy  boczne skrzywienie kręgosłupa  kolana koślawe   
stopy płasko-koślawe   
inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie  
skóra.....  
głowa.....  
szyja.....  
oczy.....  
uszy.....  
jama ustna/gardło.....  
węzły chłonne .....  
płuca.....  
serce.....  
brzuch.....  
układ moczowo-płciowy.....  
układ kostno-stawowy.....  
stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....

<sup>8)</sup> W przypadku gdy badanie przesiewowe nie było wykonane w terminie, wykonuje się je w I klasie szkoły podstawowej.



11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena aktywności fizycznej .....
13. Ocena zdrowotnej dojrzałości szkolnej i lateralizacji (przy rozpoczęciu nauki).....  
.....
14. Problemy zdrowotne.....  
.....
15. Leczenie przewlekłe.....  
.....
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna  
.....  
.....
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....  
.....  
Dieta..... witaminy.....
20. Zlecone konsultacje .....
21. Zlecone badania diagnostyczne .....
22. Ocena gotowości szkolnej.....  
.....
23. Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego: tak  nie
24. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak  nie

Data.....

Oznaczenie lekarza

.....

**XXII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ 8–9. rok życia (III klasa szkoły podstawowej)**

1. Wiek .....
2. Masa ciała .....kg centyl.....
3. Wzrost..... cm centyl.....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ..... centyl.....
5. Wskaźnik BMI ..... centyl.....
6. Dieta .....
7. Testy przesiewowe

**Wzrok:** ostrość wzroku bez okularów  w okularach  OP ..... OL .....

wada refrakcji..... widzenie barw: prawidłowe  nieprawidłowe   
inne zaburzenia .....

**Sluch:** test szeptem, audiometryczny: prawidłowy  nieprawidłowy

**Układ ruchu:** prawidłowy  boczne skrzywienie kręgosłupa   
inne odchylenia.....

8. Badanie lekarskie

skóra.....

głowa.....

szyja.....

oczy.....

uszy.....

jama ustna/gardło.....

węzły chłonne .....

płuca.....

serce.....

brzuch.....

układ moczowo-płciowy.....

układ kostno-stawowy.....

stan odżywienia.....

9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy .....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena dojrzałości płciowej.....
13. Ocena aktywności fizycznej .....
14. Problemy zdrowotne.....

15. Leczenie przewlekłe.....  
.....
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna  
.....  
.....
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....  
.....  
Dieta..... witaminy.....
20. Zlecone konsultacje .....
21. Zlecone badania diagnostyczne .....
22. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak  nie

Data.....

Oznaczenie lekarza

.....

**XXIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 12–13. rok życia**

1. Wiek .....
2. Masa ciała .....kg centyl.....
3. Wzrost..... cm centyl.....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ..... centyl.....
5. Wskaźnik BMI ..... centyl.....
6. Dieta .....
7. Testy przesiewowe  
**Wzrok:** ostrość wzroku bez okularów  w okularach  OP ..... OL .....  
wada refrakcji..... widzenie barw: prawidłowe  nieprawidłowe   
inne zaburzenia .....
- Słuch:** test szeptem, audiometryczny: prawidłowy  nieprawidłowy
- Układ ruchu:** prawidłowy  boczne skrzywienie kręgosłupa   
nadmierna kifoza piersiowa  inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie  
skóra.....  
głowa.....  
szyja.....  
oczy.....  
uszy.....  
jama ustna/gardło.....  
węzły chłonne .....
- płuca.....
- serce.....
- brzuch.....
- układ moczowo-płciowy.....
- układ kostno-stawowy.....
- stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy .....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena dojrzewanania płciowego.....
13. Ocena aktywności fizycznej .....
14. Problemy zdrowotne.....  
.....

15. Leczenie przewlekłe.....  
.....
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna  
.....  
.....
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....  
.....  
Dieta..... witaminy.....
20. Zlecone konsultacje .....  
.....
21. Zlecone badania diagnostyczne .....  
.....

Data.....

Oznaczenie lekarza  
.....

**XXIV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 15-16. rok życia**

1. Wiek .....
  2. Masa ciała .....kg centyl.....
  3. Wzrost..... cm centyl.....
  4. Ciśnienie tętnicze krwi ..... centyl.....
  5. Wskaźnik BMI ..... centyl.....
  6. Dieta .....
  7. Testy przesiewowe  
**Wzrok:** ostrość wzroku bez okularów  w okularach  OP ..... OL .....  
wada refrakcji..... inne zaburzenia .....
  - Słuch:** test szeptem, audiometryczny: prawidłowy  nieprawidłowy
  - Układ ruchu:** prawidłowy  boczne skrzywienie kręgosłupa   
nadmierna kifoza piersiowa  inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie  
skóra.....  
głowa.....  
szyja.....  
oczy.....  
uszy.....  
jama ustna/gardło.....  
węzły chłonne .....
  - płuca.....
  - serce.....
  - brzuch.....
  - układ moczowo-płciowy.....
  - układ kostno-stawowy.....
  - stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
  10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy .....
  11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
  12. Ocena dojrzewania płciowego.....
  13. Ocena aktywności fizycznej .....
  14. Problemy zdrowotne.....  
.....

15. Leczenie przewlekłe.....  
.....
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna  
.....  
.....
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....  
.....  
Dieta..... witaminy.....
20. Zlecone konsultacje.....  
.....
21. Zlecone badania diagnostyczne .....  
.....

Data.....

Oznaczenie lekarza  
.....

**XXV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 18–19. rok życia**

1. Wiek .....
2. Masa ciała .....kg centyl.....
3. Wzrost..... cm centyl.....
4. Ciśnienie tętnicze krwi ..... centyl.....
5. Wskaźnik BMI ..... centyl.....
6. Dieta .....
7. Testy przesiewowe  
**Wzrok:** ostrość wzroku bez okularów  w okularach  OP ..... OL .....  
wada refrakcji..... inne zaburzenia .....
- Słuch:** test szeptem, audiometryczny: prawidłowy  nieprawidłowy
- Układ ruchu:** prawidłowy  boczne skrzywienie kręgosłupa   
nadmierna kifoza piersiowa  inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie  
skóra.....  
głowa.....  
szyja.....  
oczy.....  
uszy.....  
jama ustna/gardło.....  
węzły chłonne .....  
płuca.....  
serce.....  
brzuch.....  
układ moczowo-płciowy.....  
układ kostno-stawowy.....  
stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena dojrzewania płciowego.....
13. Ocena aktywności fizycznej .....
14. Problemy zdrowotne.....  
.....



15. Leczenie przewlekłe.....  
.....
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna  
.....  
.....
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....  
.....  
Dieta..... witaminy.....
20. Zlecone konsultacje.....  
.....
21. Zlecone badania diagnostyczne .....  
.....

Data.....

Oznaczenie lekarza  
.....

## XXVI. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ<sup>6)</sup>

M – zęby mleczne, S – zęby stałe

Wiek	5. r.ż.		6. r.ż.		7. r.ż.		10. r.ż.	
	M	S	M	S	M	S	M	S
Zęby								
Liczba zębów, w tym:								
z próchnicą P								
usuniętych U								
wypełnionych W								
Defekty szkliwa	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi nazębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)								
Zgryz/wady narządu żucia (jaki?)								
Stan języka								
Stan przyzębia								
Parafunkcje								
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/ dziennie								
Ryzyko próchnicy (wg puw, PUW) <sup>7)</sup>								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentysty								

<sup>6)</sup> Wypełnia lekarz dentysta.

<sup>7)</sup> Wskaźnik intensywności próchnicy – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

**BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ<sup>6)</sup>**

Wiek	12. r.ż.		13. r.ż.		16. r.ż.		19. r.ż.	
	M	S	M	S	M	S	M	S
Zęby								
liczba zębów, w tym:								
z próchnicą P								
usuniętych U								
wypełnionych W								
Defekty szkliwa	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi nazębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)								
Zgryz/wady narządu żucia (jakie?)								
Stan języka								
Stan przyzębia								
Parafunkcje								
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/ dziennie								
Ryzyko próchnicy (wg puw, PUW) <sup>7)</sup>								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentysty								

<sup>6)</sup> Wypełnia lekarz dentysta.

<sup>7)</sup> Wskaźnik intensywności próchnicy – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

**XXVII. PRZEBYTE CHOROBY ZAKAŻNE**

	<b>Data zachorowania</b>	<b>Oznaczenie lekarza</b>
<b>Odra</b>		
<b>Ospa wietrzna</b>		
<b>Krztusiec</b>		
<b>Różyczka</b>		
<b>Szkarlatyna</b>		
<b>Wirusowe zapalenie wątroby typu B</b>		
<b>Świnka</b>		
<b>Inne</b>		

**XXVIII. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE**

<b>Poradnia</b>	<b>Data pierwszej wizyty</b>	<b>Uwagi</b>

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE**

<b>Poradnia</b>	<b>Data pierwszej wizyty</b>	<b>Uwagi</b>

**XXIX. UCZULENIA I REAKCJE ANAFILAKTYCZNE**

<b>Na co</b>	<b>Data</b>	<b>Postępowanie</b>	<b>Oznaczenie lekarza</b>

**XXX. HOSPITALIZACJE**

Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:



**HOSPITALIZACJE**

Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala  pobył od                      do	<b>Rozpoznanie:</b>  Oznaczenie lekarza wypisującego:

**XXXI. ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE**

Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego

**XXXII. ZWOLNIENIA Z ZAJĘĆ SPORTOWYCH**

<b>Czas zwolnienia</b>	<b>Przyczyna</b>	<b>Określenie rodzaju aktywności, z której dziecko jest zwolnione</b>	<b>Data i oznaczenie lekarza</b>

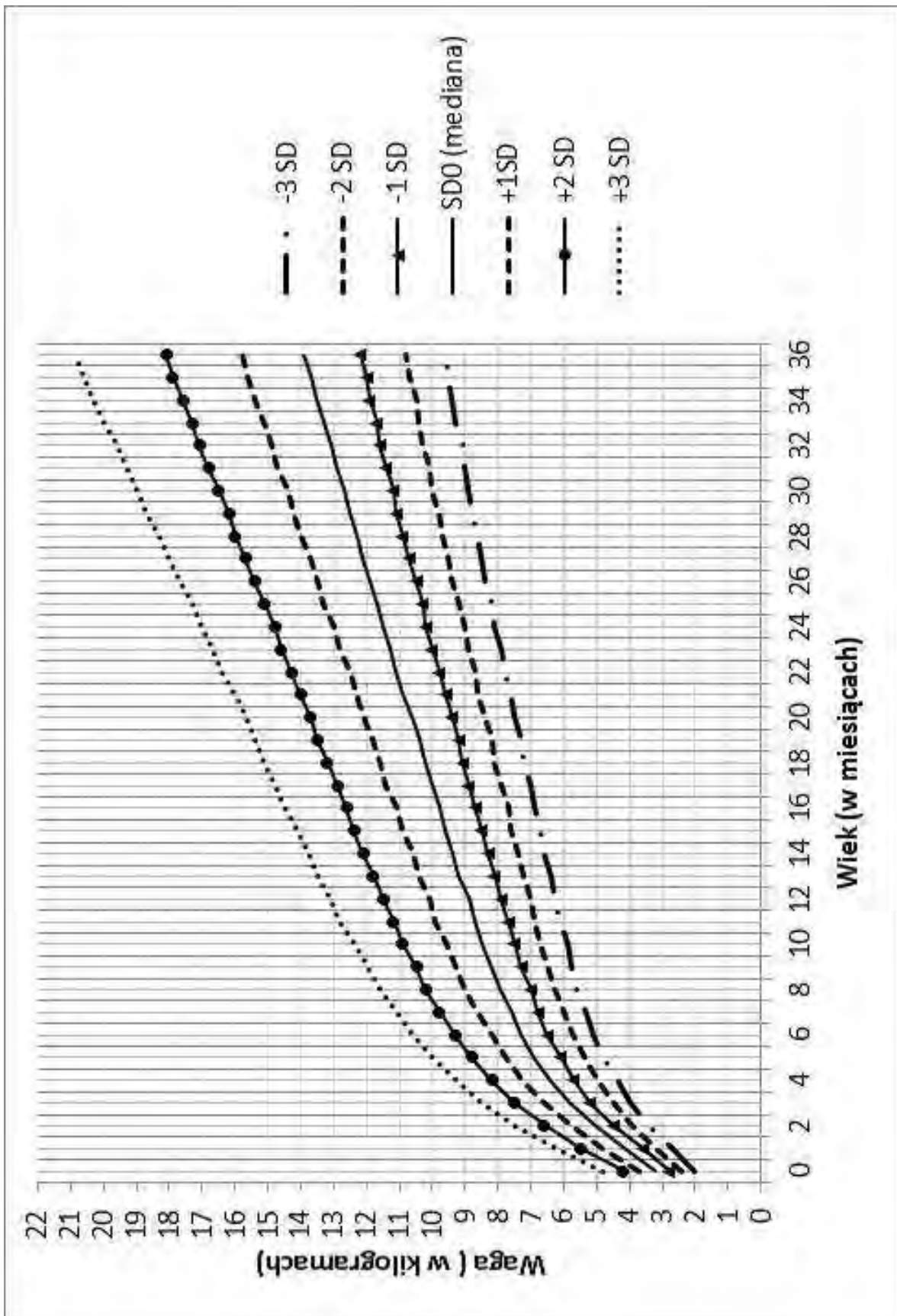

## **XXXIII. UWAGI**

**XXXIV. Procedury radiologiczne**

Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej

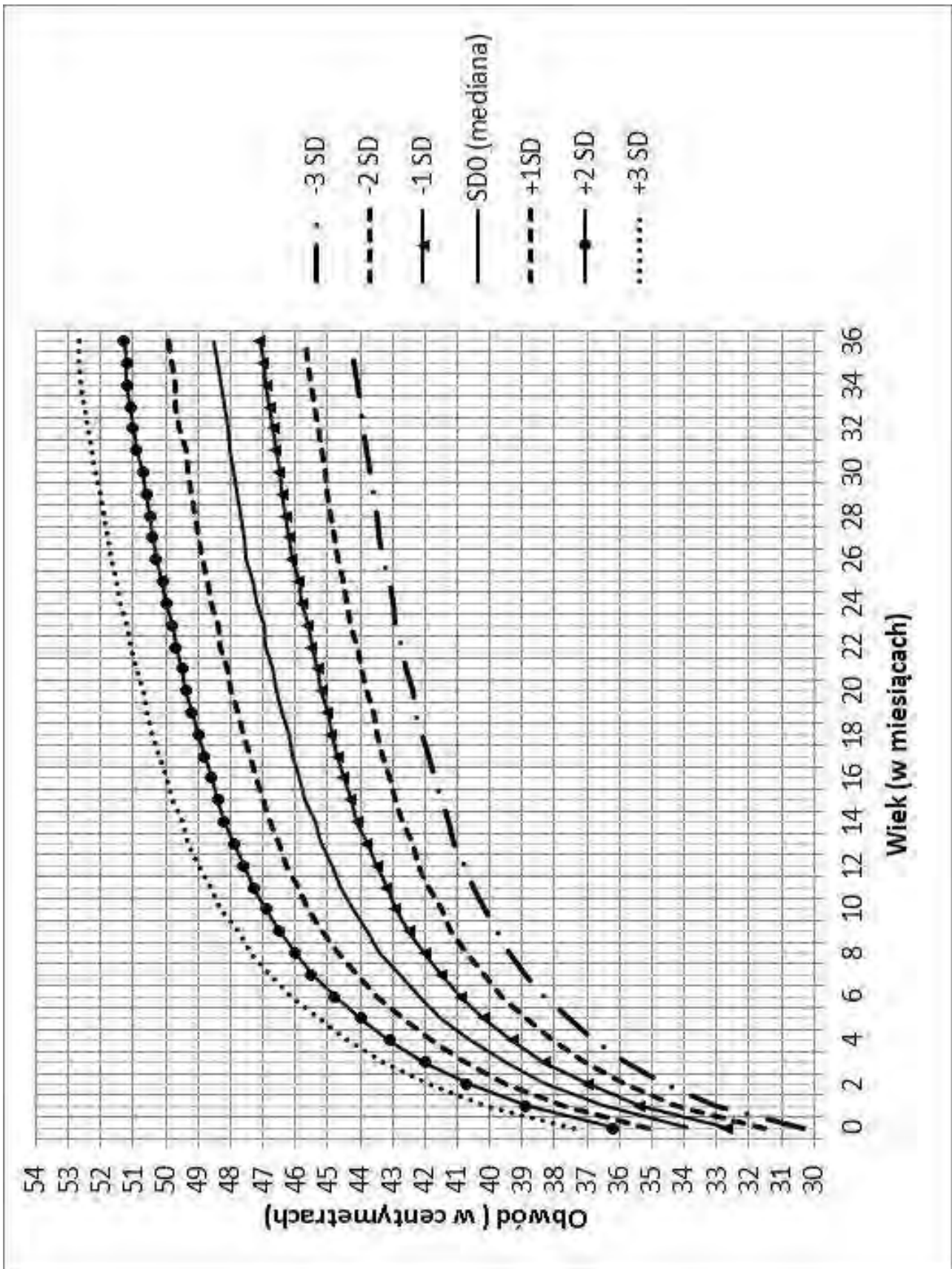
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej
Oznaczenie podmiotu	Procedura radiologiczna:
Data procedury	Oznaczenie osoby wykonującej

**Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 0–3 lat**



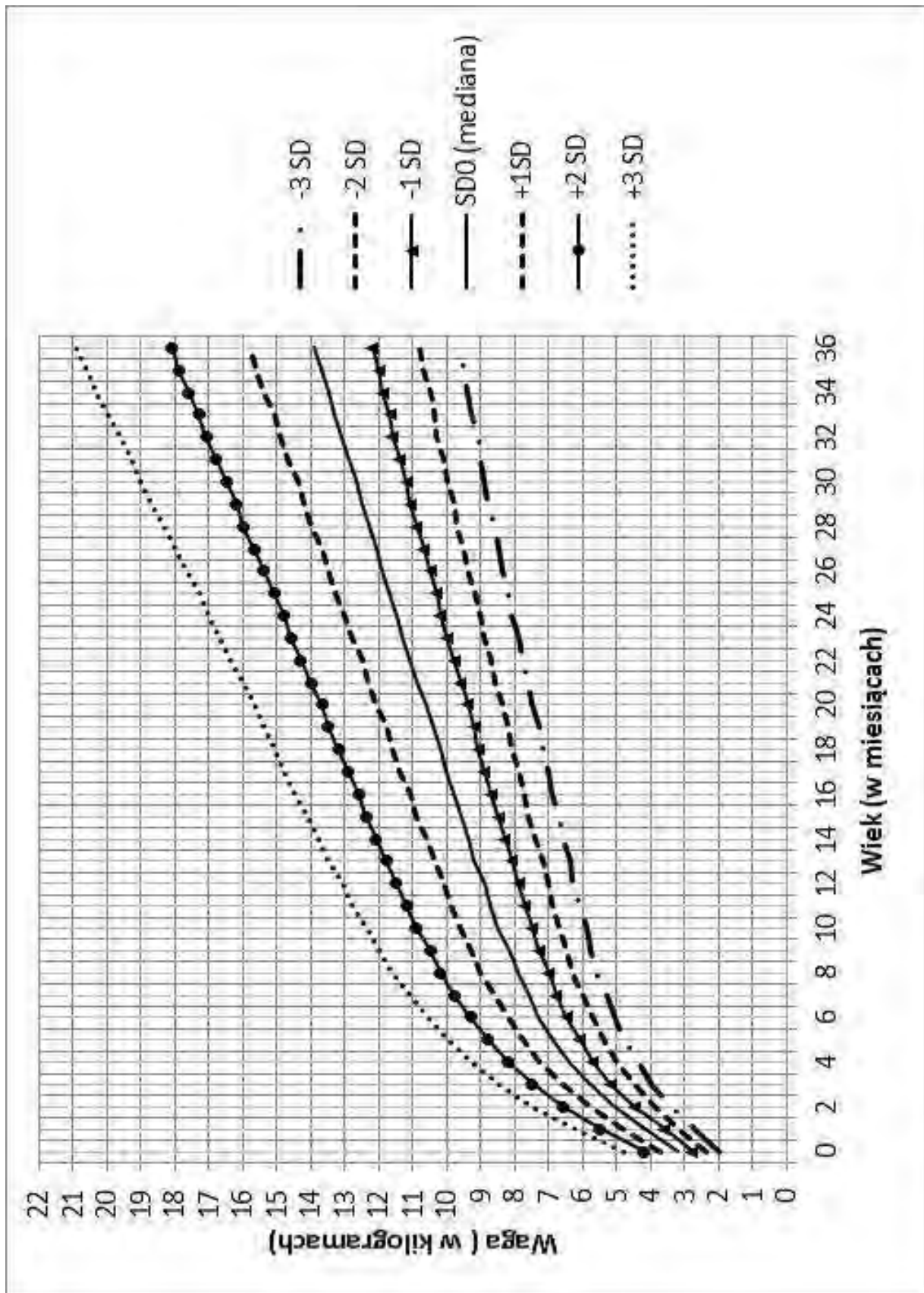


**Siatka centylowa obwodu głowy dziewcząt w wieku 0–3 lat**



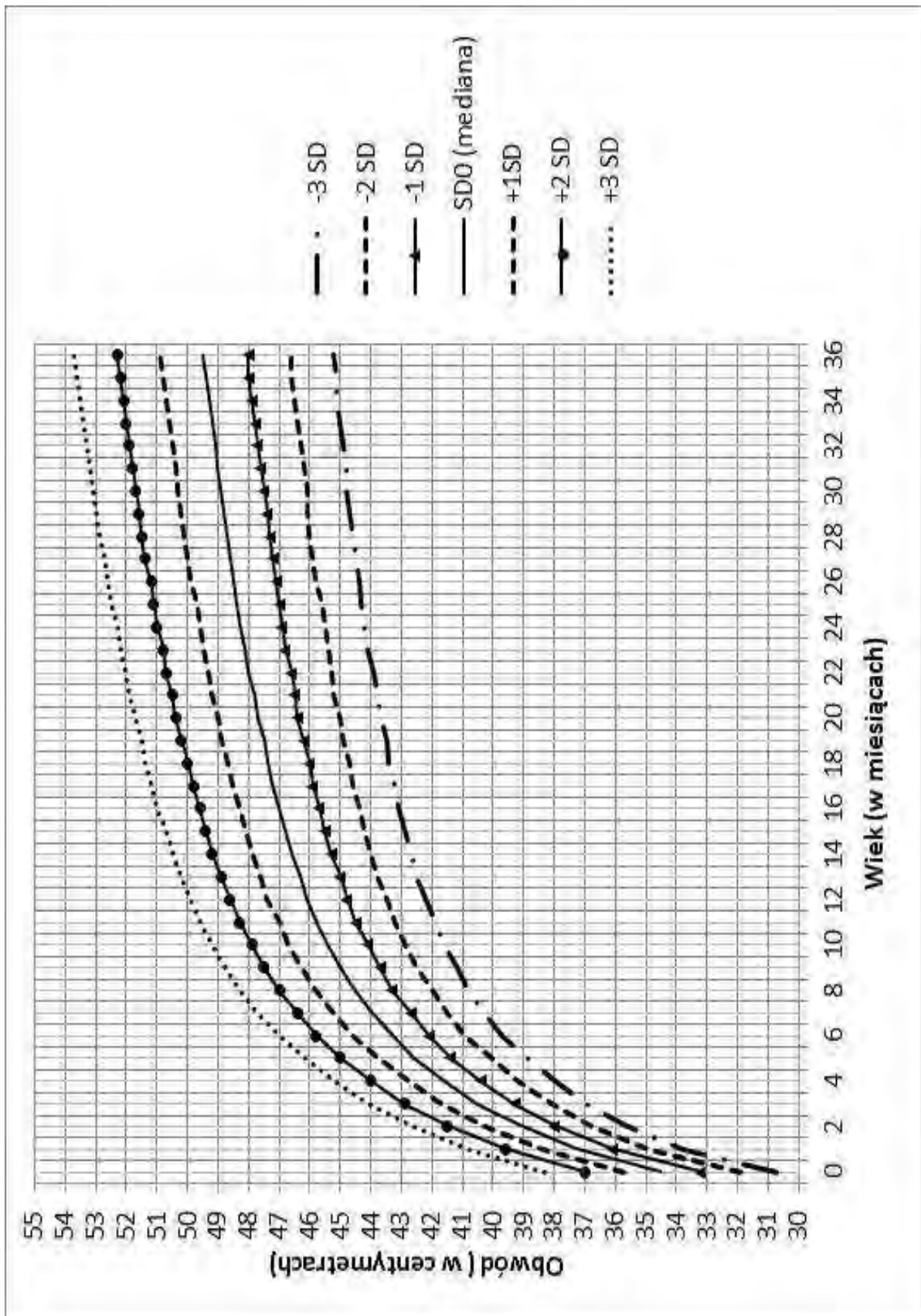
Źródło: WHO

## Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 0–3 lat

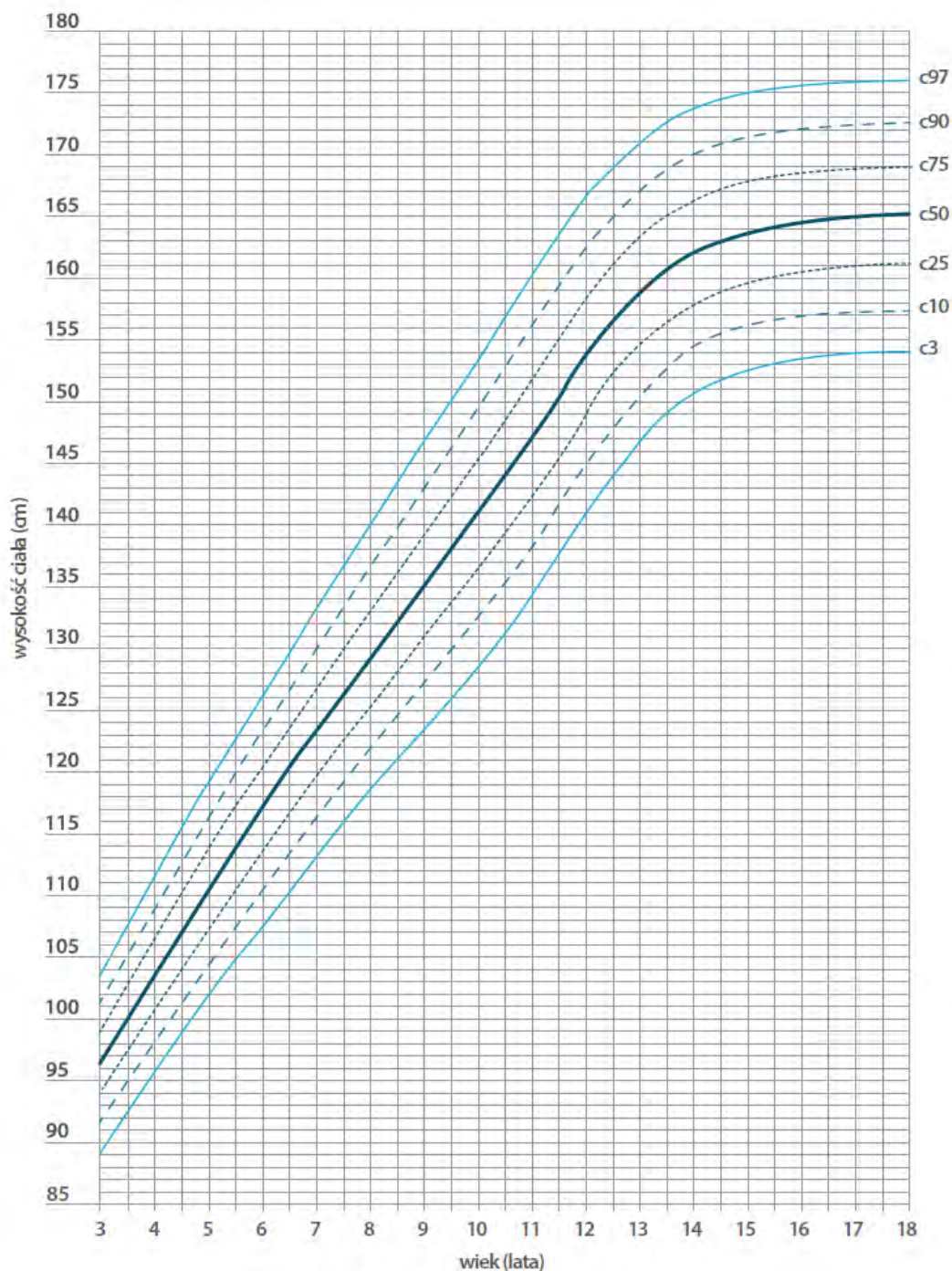


Źródło: WHO

**Siatka centylowa obwodu głowy chłopców w wieku 0–3 lat**

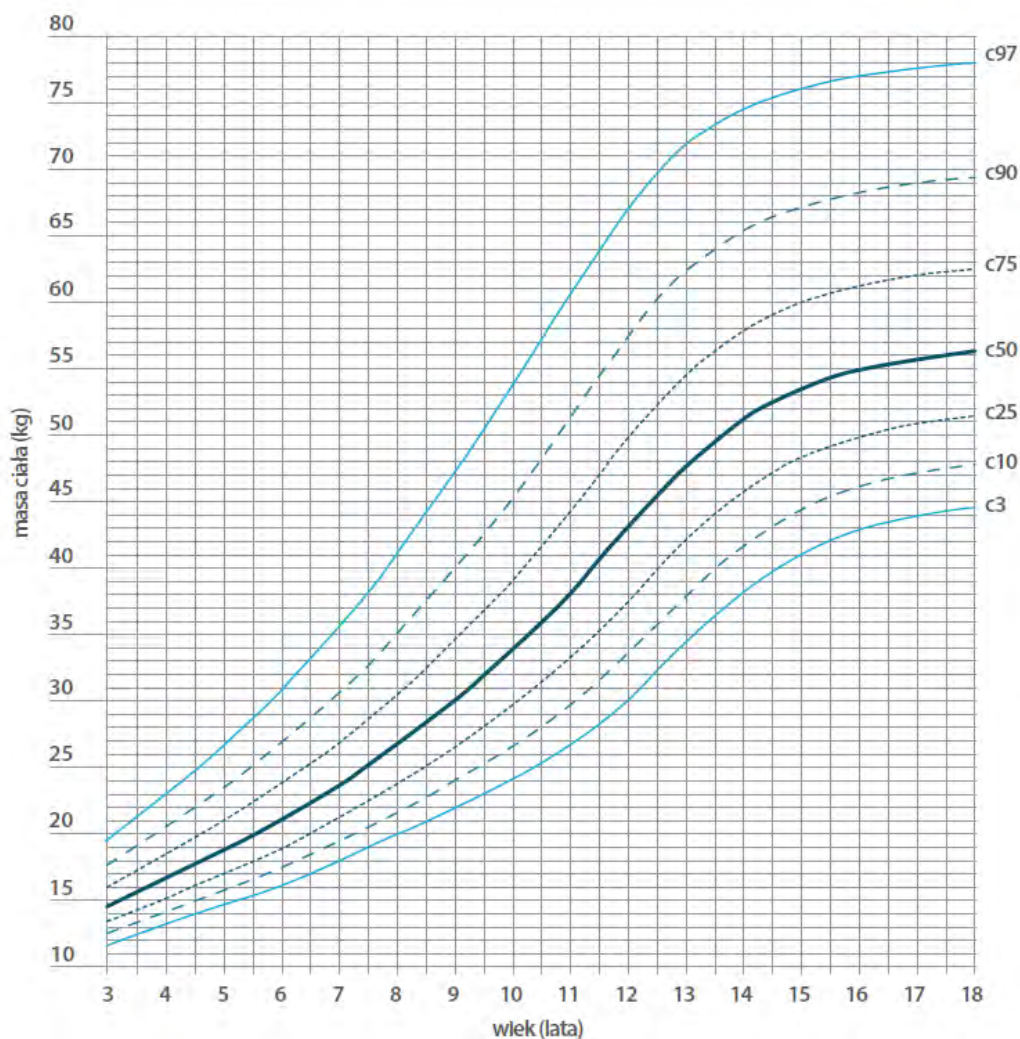


Źródło: WHO

**Siatka centylowa wysokości ciała dziewcząt w wieku 3–18 lat**

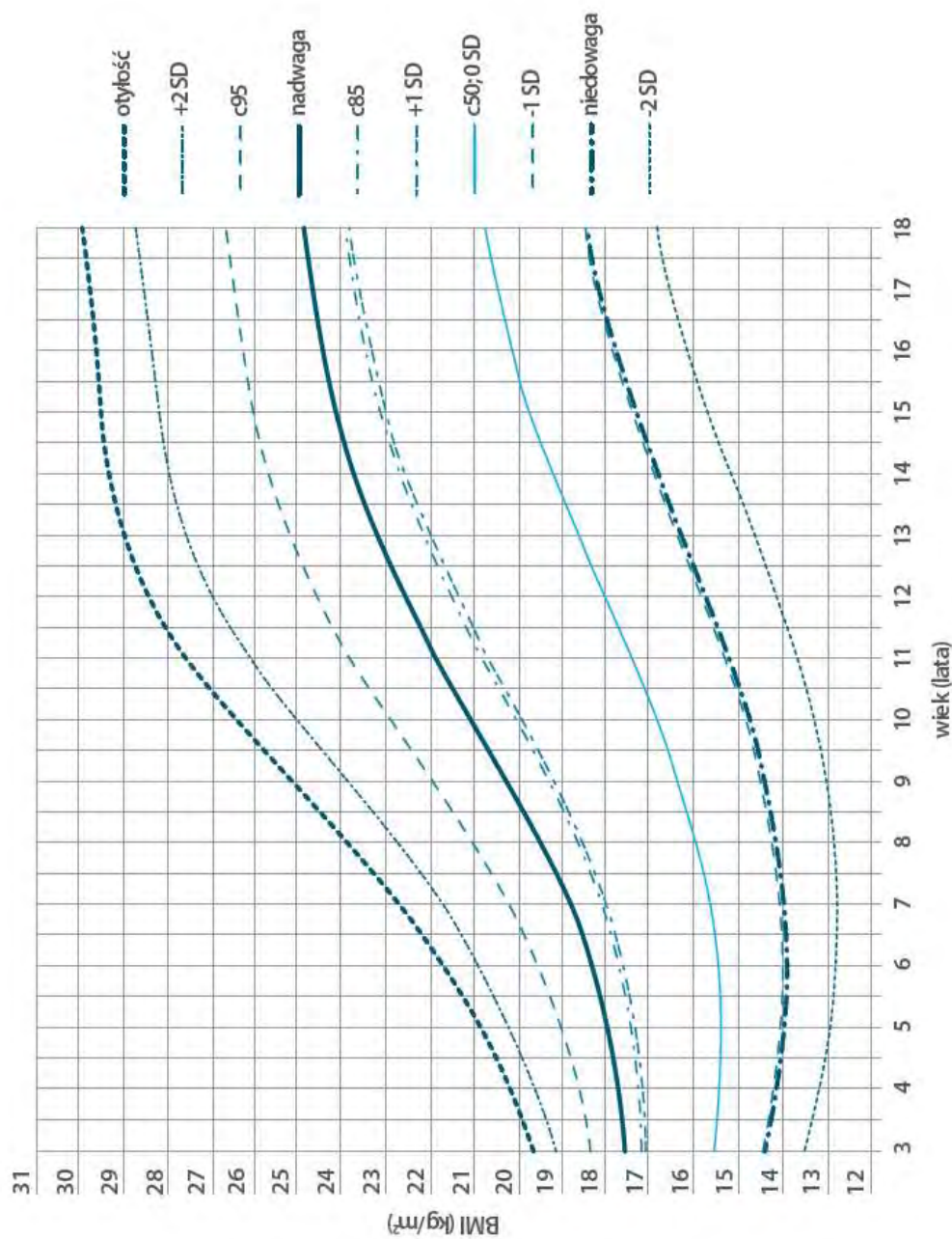
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

## Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Rózdzyńska-Świątkowka, M. Góźdz, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

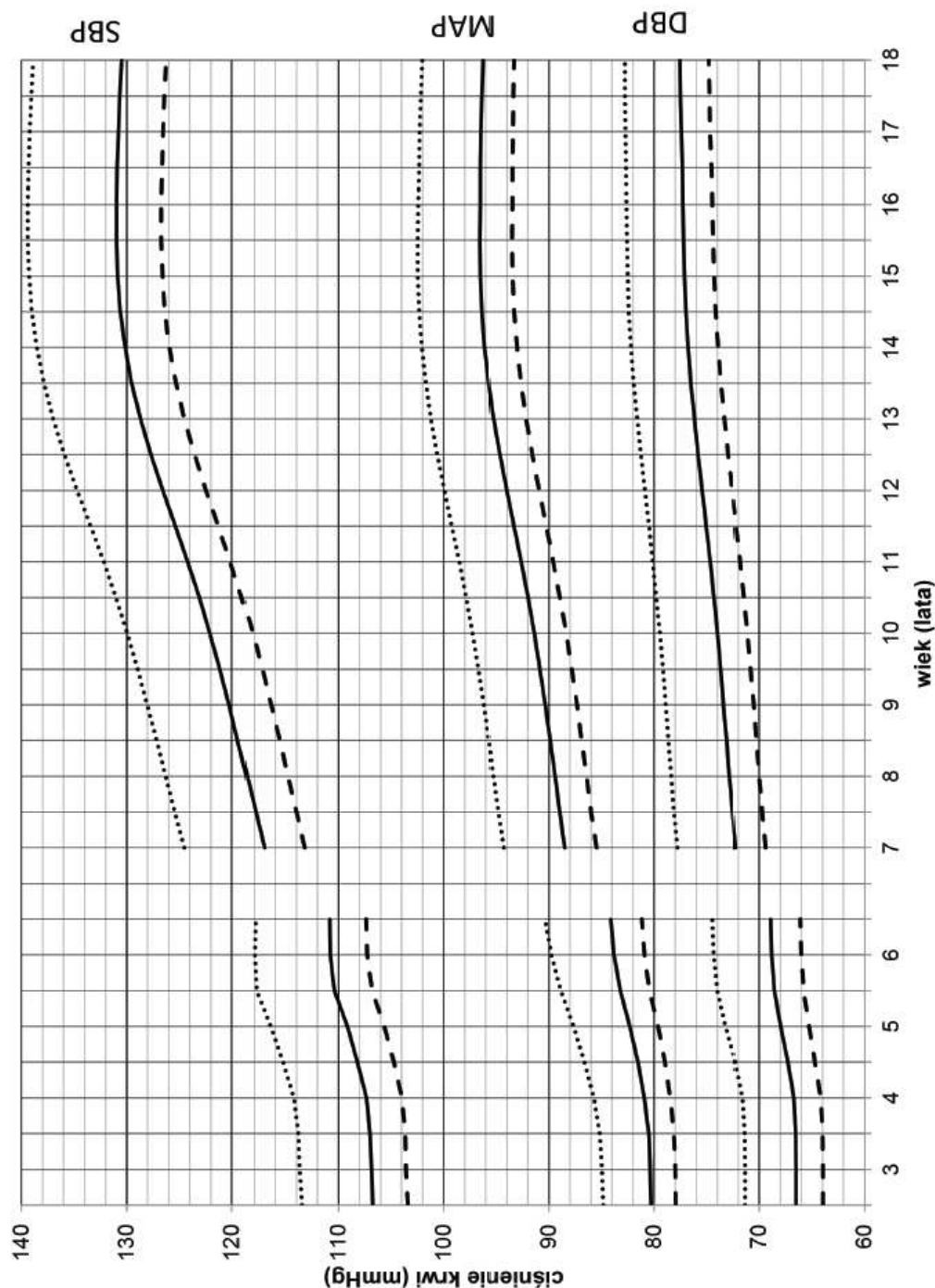
## Siatki centylowe BMI dziewcząt w wieku 3–18 lat



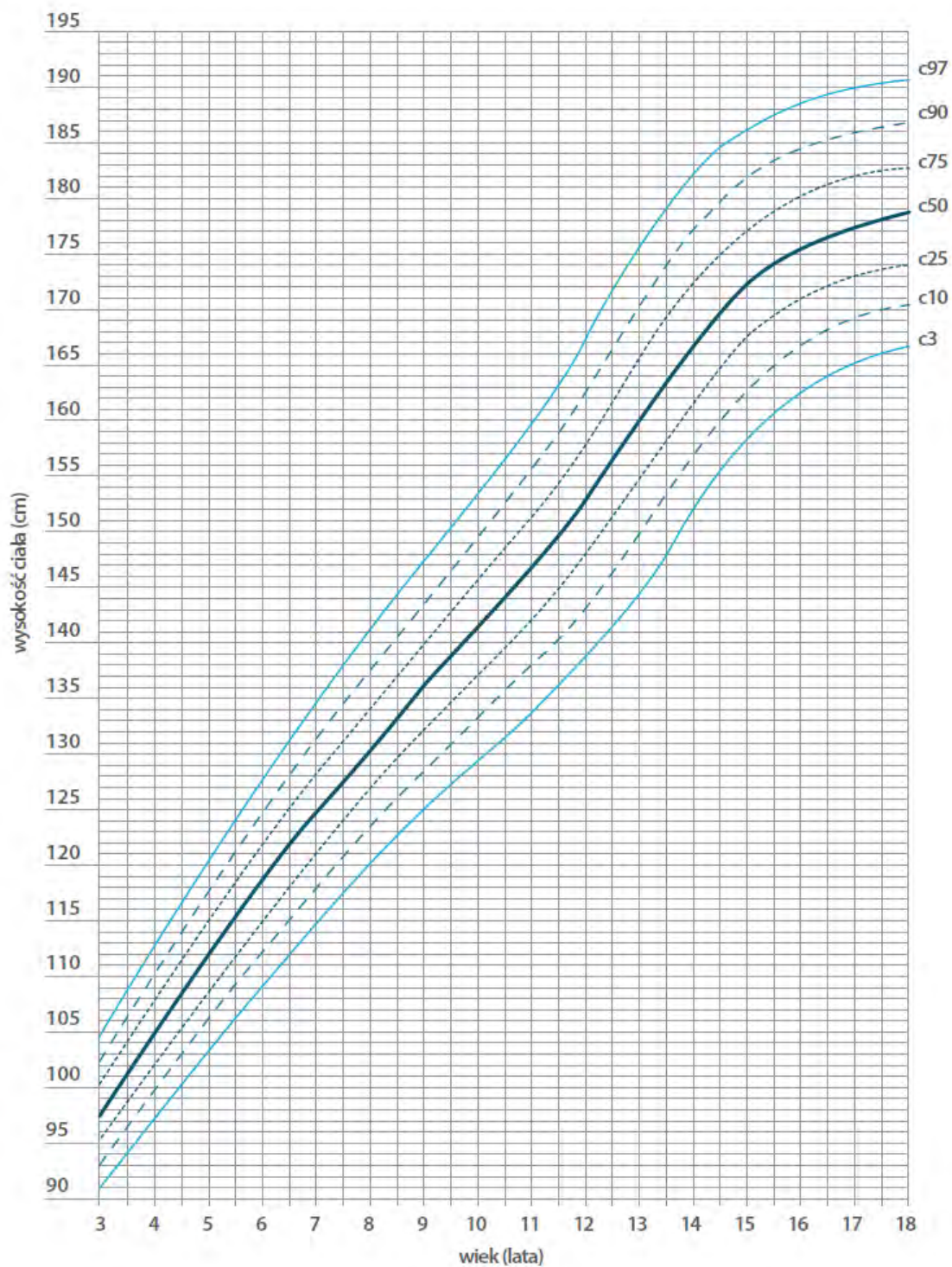
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Rózdzyńska-Świątkowska, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

## Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) dziewcząt w wieku 3–18 lat

(centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana)



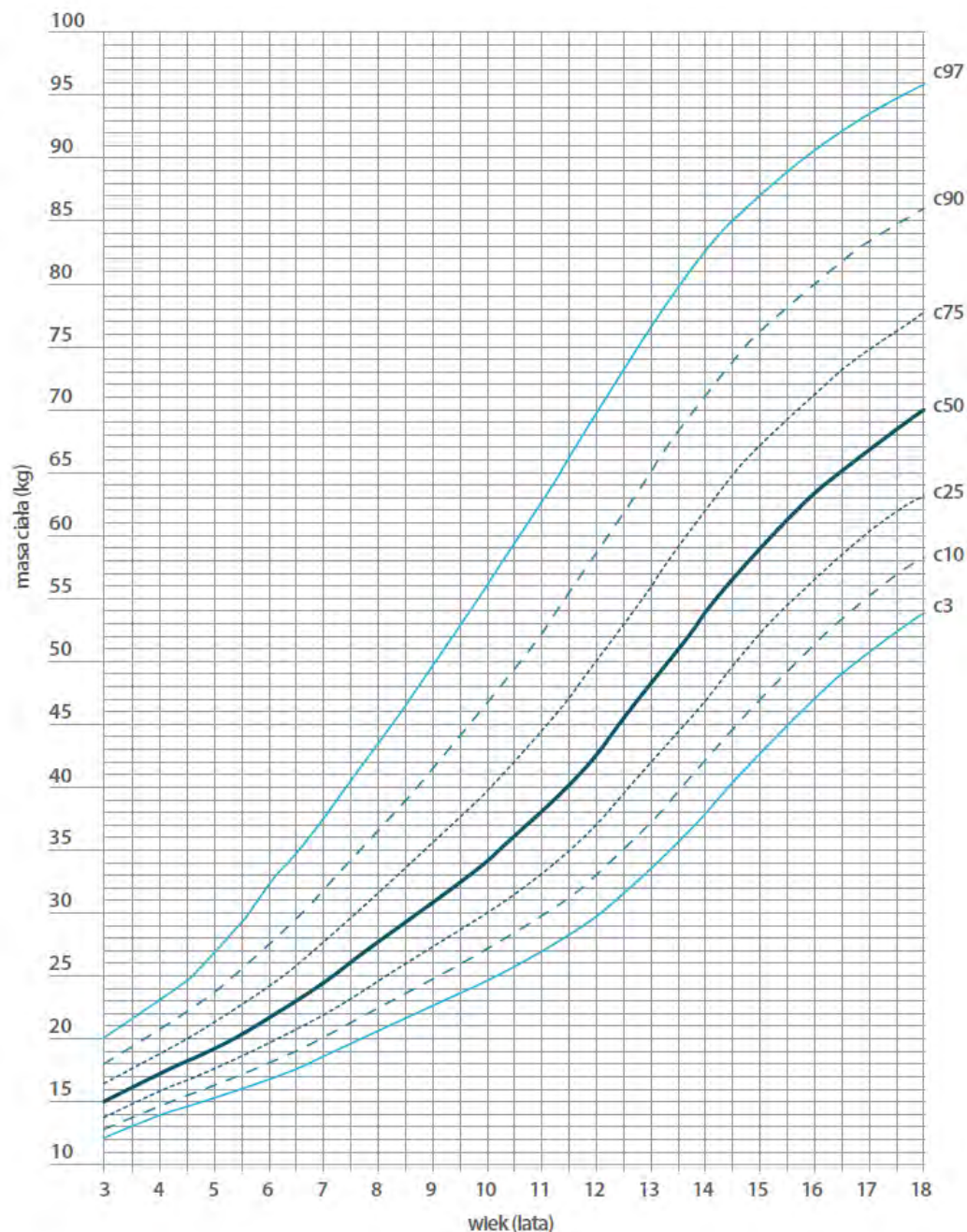
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowska, M. Góźdz, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediaatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

**Siatka centylowa wysokości ciała chłopców w wieku 3–18 lat**

Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurskowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

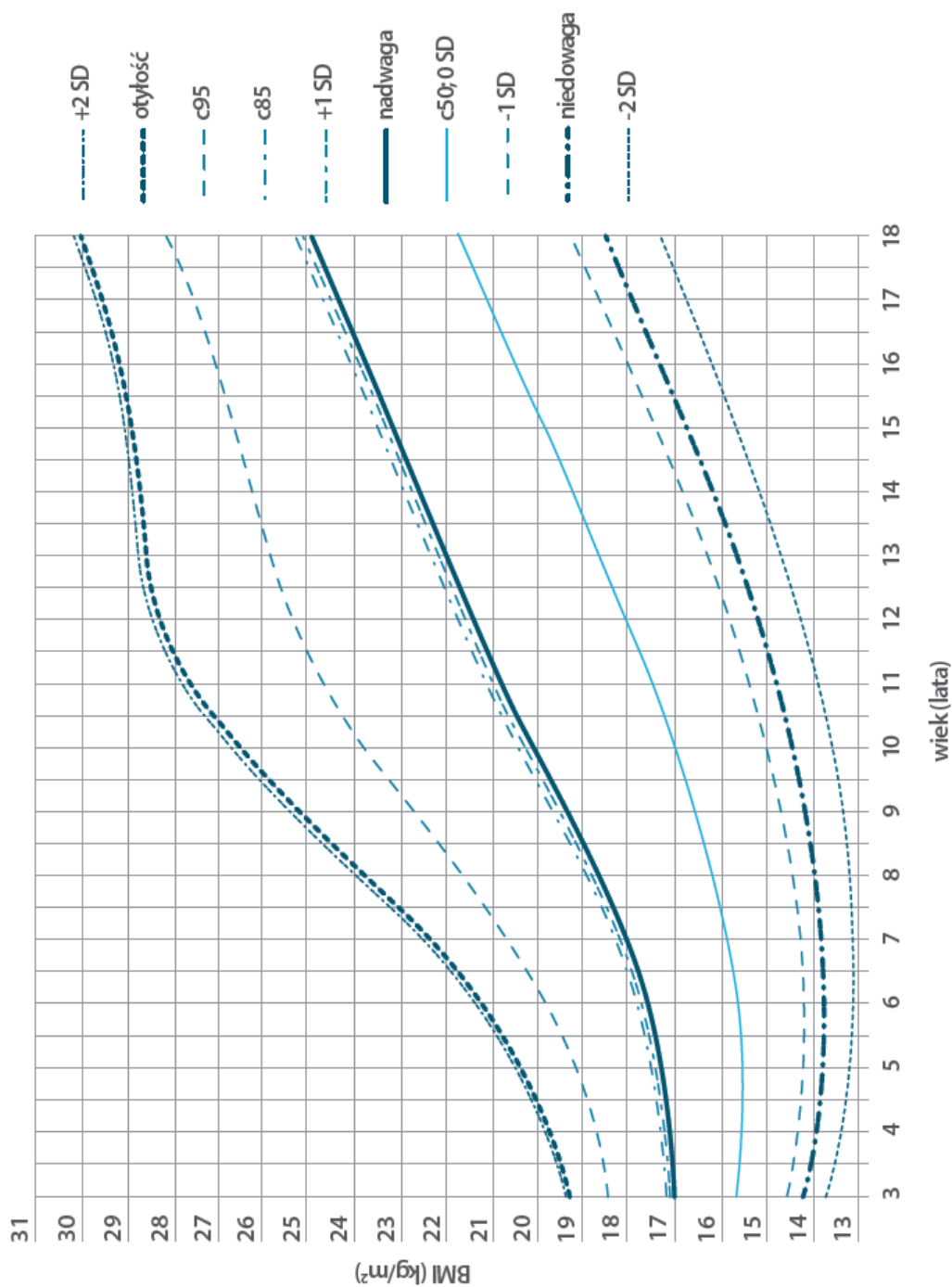


## Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowska, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

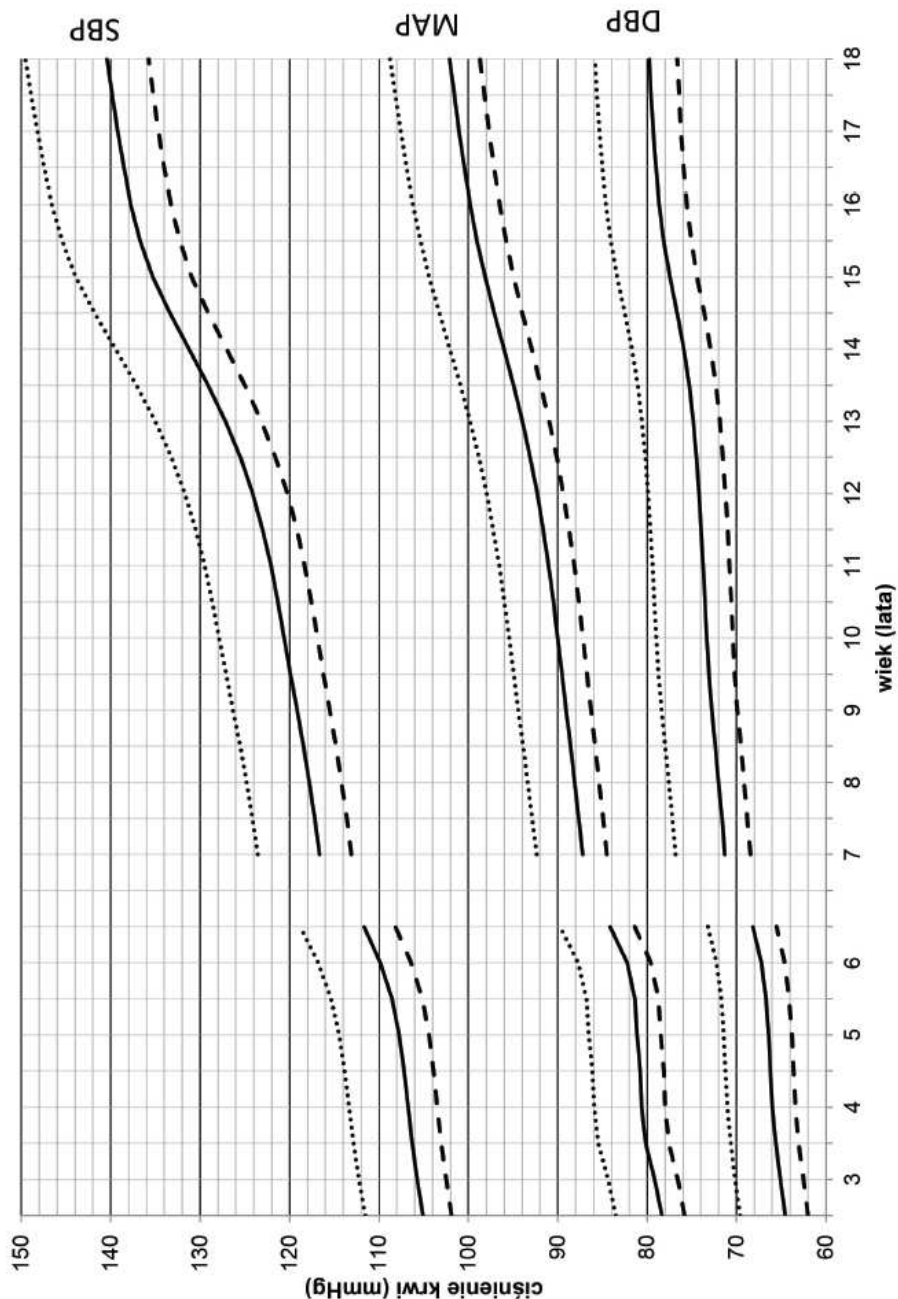
## Siatka centylowa BMI chłopców w wieku 3–18 lat



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Rózdzińska-Świątkowka, M. Góźdz, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediaatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

## Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) chłopców w wieku 3–18 lat

centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Rózdzyńska-Świątkowska, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, „Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat”, Standardy Medyczne Pediatria, rok 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.