

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 2015/2016 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 29 sierpnia 2009 r. (Dz.U. Nr 139, poz. 1139) Zał. 4. Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji(= późn. Zm). Dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.), a także podlegają szczególnej ochronie i przetwarzaniu jako dane medyczne zgodnie z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2006r. nr 247 poz. 1819 z późn. zm.)

Nazwisko, imię ucznia:		Nr tel. opiekuna prawnego	
Klasa:	Data urodzenia:		Pesel ucznia: (niezbędne) _ _ _ _ _
Adres zamieszkania:	Nazwa i adres placówki POZ, której uczeń podlega:		
Przebyte choroby: wybrać Tak / Nie oraz wpisać rok zachorowania↓			
Ospa →	Tak Nie	Różyczka→	Tak Nie Płonica→
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→
Choroby serca→	Tak Nie	Inne→.....	Tak Nie
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 wyrażają Państwo zgodę na ewentualne podanie leków przypadku wystąpienia dolegliwości u dziecka?: Zaznaczyć właściwe.			
p/bólowych, p/gorączkowych (paracetamol)→	Tak Nie	Rozkurczowych (no-spa)→ (krople miętowe)→	Tak Nie Tak Nie
Uspokajających (neospazmina)→	Tak Nie	Odkazające (octenisept)→	Tak Nie <i>Wskazane preparaty są zgodne z Rozp. NFZ dot. profilaktycznej opieki nad uczniami.</i>
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	
Czytelny podpis opiekuna:		Data:	

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.