\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kako bi nam olakšali i ubrzali unos potrebnih podataka, molimo Vas da na pregled ponesete medicinsku dokumentaciju: karton pedijatra, potvrdu stomatologa (zubna putovnica),laboratorijski nalaz ako imate, cjepnu karticu te ovu brošuru s popunjenim podacima.**

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 DJETETA)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(DATUM ROĐENJA i OIB)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(ADRESA STANOVANJA )*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(DATUM I VRIJEME ZDRAVSTVENOG PREGLEDA)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(ŠKOLA KOJU ĆE DIJETE POHAĐATI)*

*Molimo vas da odgovorite na slijedeća pitanja i da ih ponesete na zdravstveni pregled*

**Ime i prezime oca:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**God. rođenja:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zanimanje oca:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Ime i prezime majke:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**God. rođenja** : \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

**Zanimanje majke:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**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.

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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZDRAVSTVENI PREGLED UKLJUČUJE:

\***otvaranje osobnog zdravstvenog kartona** (koji prati dijete do kraja školovanja, a u koji se upisuju sistematski pregledi, skrininzi i cijepljenja prema važećem kalendaru cijepljenja )

**\*mjerenje tjelesne težine i visine**

**\*kontrolu oštrine 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)

**\*docjepljivanje djece prema kalendaru cijepljenja: cjepivo protiv ospica-rubeole-zaušnjaka (MMR) pri pregledu, a mjesec dana nakon ili u prvom polugodištu prvog razreda drugo cjepivo protiv dječje paralize (IPV)**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_