Védőnői Szolgálat Törökbálint

2045 Törökbálint, József A. u. 33.

06-23-222-380, tbvedonok@gmail.com Kitöltő védőnő:………………………………………………….



***Védőnői lelet***

**1 hónapos korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi

szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

**Gyermek neve:** ..............................................................**Születési ideje:** .........................**TAJ száma:** ....................

**Anyja neve…**………………………………………………………………………………………………..

**Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal):**....................................................................................................

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg:............. (g) Testtömegpercentilis: ........... Fej:…………(cm) Mell:……………(cm)

Testhossz: .............. (cm) Testhosszúságpercentilis: .....; NK:………………..

BMIpercentilis: ..... BCG:……………………………..

**PSZICHOMOTOROS ÉS MENTÁLIS FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**

Végtagok flexiós (hajlított) tartásban vannak: igen nem

Alvása:  aluszékony nyugodt többször ébred gyakran ébred

Viselkedése:  túlnyugodt nyugodt ingerlékeny túlingerlékeny

**LÁTÁS VIZSGÁLATA:**

Szemeken látható-e eltérés: jobb: igen nem; bal: igen nem

Szemek gyulladásos állapota tapasztalható-e:  igen nem

Pupillák fényre reagálnak: igen nem

**HALLÁS ÉS BESZÉDFEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**

Elnyújtott hangokat hallat: igen nem

Sírása: erőteljes gyenge különös színezetű

**EGYÉB MEGJEGYZÉS**: ........................................................................................................................................................................

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

**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján, soron kívüli házigyermekorvosi/háziorvosi vizsgálat javasolt:**

 igen nem

Dátum:............. év .......................... hónap ........nap

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

Ph a területi védőnő aláírása

Alapnyilvántartási szám:...........................................

**A védőnőitájékoztató 1 példányátátvettem:**

Dátum:...............év ............................. hónap...........nap

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

 szülő/ gondviselőaláírása