Védőnői Szolgálat Törökbálint

2045 Törökbálint, József A. u. 33.

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



***Védőnői lelet***

**1 éves 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:** ............................

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

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg: ................ (g) Testtömeg percentilis:..............

Testhossz: ................. (cm) Testhosszúság percentilis:….........

BMI percentilis: ............

Fejkörfogat:............... (cm) Kutacs: ............ (cm x cm) Mellkörfogat:…………….(cm)

**PSZICHÉS, MOTOROS, MENTÁLIS, SZOCIÁLIS FEJLŐDÉS ÉS MAGATARTÁSPROBLÉMÁK VIZSGÁLATA:**

Viselkedése:  túl nyugodt nyugodt ingerlékeny túl ingerlékeny

Nyomógombos játékot működésbe hoz:  igen nem

Fedeles doboz tartalmát keresi:  igen nem

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

A napirendje kialakult: igen nem

**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA:**

A szemmozgás párhuzamos:  igennem

**HALLÁS VIZSGÁLATA:**

Suttogó hangot is figyel, utánoz: igen nem

**BESZÉDFEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**

Anyanyelvi hangzókészlettel halandzsázik: igen nem

**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (láb statikai problémák, gerinc rendellenességek):**

Egyformán használja-e mindkét kezét játék közben:  igen nem

Egyformán használja-e mindkét lábát helyváltoztatás közben (mászás, kapaszkodva felállás, járás):  igen nem

Végtagok alaki eltérése: van nincs Végtagok funkcionális eltérése: van nincs

Lábdeformitás: van nincs Mellkasdeformitás: van nincs

Testtartás aszimmetrikus:  igen nem, észlelt eltérés: ……………………………………..

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

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

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

 igen nem

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

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

Ph a területi védőnő aláírása

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

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

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

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

szülő/ gondviselő aláírása