VédőnőiSzolgálatTörökbálint

2045 Törökbálint, József A. u. 33.

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

***Védőnői lelet***

**3 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:** ............................

**Anyja neve…**………………………………………………………………………………………………………………. **Lakcíme/tartózkodásihelye (irányítószámmal):**..........................................................................................................................................

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg: ............(kg) Testtömeg *percentilis:*..................

Testmagasság:...........(cm) Testmagasság percentilis: ............ BMI percentilis: .....................

Fejkörfogat:………….(cm) Mellkörfogat:………………(cm) Fogak száma:……………………

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

Nehezen lehet vele kapcsolatot teremteni: igen, nagyon visszahúzódó  igen, figyelmen kívül hagy

 igen, túlságosan nyugtalan  nem

Nehezen fogadja el az újhelyzetet:igen nem

Érdeklődése beszűkült: igen, mert……………………………………………………………………………nem

Több kockából építményt hoz létre: igen nem Kicsit és a nagyot megkülönbözteti: igen nem

Háromig megszámlál dolgokat:  igen nem Főbb testrészei tmegnevezi:  igen nem Segítséget kér: igennem

Gyakran agresszív,indulatait nem tudja kontrollálni:igen nem

Nagyon fáradékony: igen nem

Alvása nyugtalan: igen, miért……………………………………………………………………………………………...  nem

Csak bizonyos ételeket fogad el: igen, mit:……………………………………………………………………………….. nem

**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA:**

Takarás ellen: „tiltakozik" nem „tiltakozik"

Takarás után szeme korrekciós mozgást végez: igen, jobb  igen, bal  igen, mindkettő  nem

Hunyorít: igen nem Gyakori pislogás észlelhető: igen nem

Célzott figyeléskor fejét gyakran ferdén tartja: igen nem

Sztereolátás (LangII teszt):formákat felismeri formákat nem ismeri fel  nem vizsgálható  nem együttműködő

Visus: jobb szem:.............. bal szem................ nem vizsgálható  nem együttműködő

Korrigált:  igen, szemüveget visel  igen, szemüveget nem visel  nem

**HALLÁS ÁLLAPOT:( módszer megnevezése):**................................................................................................................................

Jobb: .................................................................................................Bal: ..............................................................................................

 nem vizsgálható  nem együttműködő

**BESZÉD FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:** Rövid mondatokban beszél: igen nem

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

Végtagok alaki eltérése: van nincs Végtagok funkcionális eltérése: van nincs Gerinc-rendellenesség: igen nem

Lábdeformitás: igen nem Mellkas elváltozás: igen nem Hanyagtartás: igen nem

Pes planus:van, mindkét oldalt  van, egyik láb kifejezett:…………………. nincs

**VÉRNYOMÁSMÉRÉS EREDMÉNYE:**………………… / …………. Hgmm Pulzus: ……………. Nem közreműködő

**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 aláírás