Védőnői Szolgálat Törökbálint

2045 Törökbálint, József A. u. 33.

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

***Védőnői lelet***

**4 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: ............(kg) Testtömeg *percentilis*............................Fejkörfogat:………………..(cm)Mellkörfogat:…………………(cm)

Testmagasság:...........(cm) Testmagasság percentilis: .................. BMI percentilis: ..................... Fogak száma:……………….

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

Feladatra koncentrál: igen, hosszan igen, röviden nem

Viselkedése általában kiegyensúlyozott: igen nem Nagyon fáradékony: igen nem

Érdeklődése beszűkült: igen nem Több/kevesebb ismerete: igen nem

Tízig elszámol: igen nem, keveri nem

Nehezen lehet vele kapcsolatot teremteni: igen nem Összetett utasítást megért és végrehajt: igen nem

Nehezen fogadja el az újhelyzetet: igen nem (agresszió, visszahúzódás, aktivitás fokozódása)

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

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

**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA:**

Hunyorít: igen nem Rajzolásnál 10 cm-nél közelebb hajol a papírhoz: igen nem

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

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

Visus: job szem:.............. bal szem................  nemvizsgálható nem együttműködő

Sztereolátás (Lang II sztereoteszt):formákat felismeri  formákat nem ismeri fel  nem vizsgálható  nem együttműködő

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

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

jobb: .................................................................................................bal ...............................................................................................

 nem vizsgálható

**BESZÉD FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**

Beszédhiba észlelhető: igen nem

Összetett mondatokban beszél:  igen  nem

**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (láb statikai problémák, gerincrendellenességek):**

Végtagok alaki eltérése: van nincs Végtagok funkcionális eltérése: van nincs Lábdeformitás: igen nem

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

Mellkas elváltozás: igen nem Hanyagtartás: igen nem Gerinc-rendellenesség: igen nem

**VÉRNYOMÁSMÉRÉS EREDMÉNYE:**…………./………..Hgmm Pulzus:…………… nemközreműködő

**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