

Védőnői Szolgálat Törökbálint

2045 Törökbálint, József A. u. 33.

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

**5 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, valamint a képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról szóló 14/1994.(VI.24.) MKM rendeletnek 5.sz. melléklete alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

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

**Anyjaneve…**………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

**TESTI FEJLŐDÉS:**

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

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

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

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

Hintát hajt: igen nem Saját nemét tudja: igen nem

Minden testrészét ismeri, megnevezi igen nem Képes 15-20 percig egy játékkal játszani: igennem A kapott feladatokat megérti, elfogadja, teljesíti: igen nem

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

Viselkedése általában kiegyensúlyozott: igen nem Nehezen lehet vele kapcsolatot teremteni: igen nem

Nehezen fogadja el az új helyzetet: igen nem(agresszió, visszahúzódás, aktivitásfokozódása)

Nagyon fáradékony: igen nem Érdeklődése beszűkült: igen nem

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

**LÁTÁS,KANCSALSÁGVIZSGÁLAT:**

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

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

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

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

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

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

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

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

 nemvizsgálható  nemegyüttműködő

**BESZÉDFEJLŐDÉS VIZSGÁLAT**

Történetet összetett mondatokban elmesél: igen nem

**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (lábstatikaiproblémák, 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 Hanyag tartás: igen nem Gerinc-rendellenesség: igen nem

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

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

…………………………………………………………………………………………………………

**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján soron kívüli házi gyermekorvosi/háziorvosi vizsgálat javasolt:** igen nem

**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján kitöltött űrlapot a házi gyermekorvosi/háziorvos részére átadni szükséges!**

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

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

Ph a területi védőnő aláírása

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

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

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

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

szülő/ gondviselő aláírása

*Adatlap a fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére*

**A területi védőnő által szolgáltatandó adatok[[1]](#footnote-2)**

*Kitöltése kötelező 5 éves életkorban.*

*4. melléklet a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelethez*

*(korábban: 14/1994. MKM 5.sz. melléklet)*

|  |
| --- |
| **Pszihomotoros és mentális fejlődést veszélyeztető környezeti tényező (VÉDŐNŐI)** |
| **nincs** |  **van, éspedig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  A területi védőnő által vezetett dokumentáció alapján töltendő ki | Eltérés van / nincs | Utalta-e kezelésre/ fejlesztésre | Történt-e kezelés/ fejlesztés |
| Nagymotoros fejlettségJavasolt próbák: ügyesen mászik (mászókára, fára); féllábon, rövidideig egyensúlyoz; féllábon ugrál; hintát hajt |  |  |  |
| FinommozgásokJavasolt próbák: gombot begombol; rajza felismerhető, emberrajzán afejen kívül 5 testrész van |  |  |  |
| Értelmi fejlettségJavasolt próbák: 5 kockát megszámol; alapszíneket megnevez; saját nevét, nemét, életkorát tudja; konstrukciós és szerepjátékokat játszik; képes 15-20 percig egy játékkal játszani |  |  |  |
| BeszédfejlettségJavasolt próbák: beszéde jól érthető; összetett mondatokban beszél, roved történetet elmesél, ritkán megnevezett testrészeit (váll, könyök, térd) megmutatja; lent, fent fogalmat helyesen használja |  |  |  |
| Szociális fejlettségJavasolt próbák: több gyermekkel együtt játszik; szabályokat elfogad,a kapott feladatot megérti, elfogadja, teljesíti |  |  |  |
| ÖnellátásJavasolt próbák: kevés segítséggel önállóan öltözik; önállóan étkezik;szobatisztasága kialakult |  |  |  |
| Dátum: …….év………..hónap………nap |  |  |  |  |  |

**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján kitöltött űrlapot a házi gyermekorvosi/háziorvos részére átadni szükséges!**

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

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

Ph a területi védőnő aláírása

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

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

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

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

szülő/ gondviselő aláírása

1. Vélemény a 14/1994. MKM 5. sz. melléklet védőnői kötelezettségről, kivitelezéséről (OTH 520-18/2004. körlevél és 1.sz. melléklete) [↑](#footnote-ref-2)