Védőnői Szolgálat Törökbálint

2045 Törökbálint, József A. u. 33.

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

***Védőnői lelet***

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

**TESTI FEJLŐDÉS:**

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

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

**PSZICHÉS, MOTOROS, MENTÁLIS, SZOCIÁLIS FEJLŐDÉS ÉS MAGATARTÁS PROBLÉMÁK VIZSGÁLATA:**

Mozgása koordinált: igen nem

Kézmozgás kifinomult: igen nem Ábrázolása részletező: igen nem

Kifejezi szükségleteit: igen nem Összefüggően, érthetően adja elő gondolatait, kérdéseit: igen nem

Kezesség: jobb bal mindkettő

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

Képes uralkodni érzelmein: igen nem Alapvető viselkedési szabályokat alkalmazza: igen nem

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

Nehezen lehet vele kapcsolatot teremteni: igen nem

Alvása nyugtalan  igen,miért………………………………………………..…  nem Érdeklődése beszűkült:  igen nem

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

**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA**

Hunyorít: igen nem

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

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

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

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: ..............................................................................................

 nem vizsgálható  nem együttműködő

**BESZÉD FEJLŐDÉS:**

Összefüggően, érthetően adja elő gondolatait, kérdéseit: igen nem Beszédhiba: igen nem

**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (láb statikaiproblémák, gerincrendellenességek):**

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

Pes planus: van, mindkétoldalt  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

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

Ph a területi védőnő aláírása

 **A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:** Alapnyilvántartási szám:....................................................

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

szülő/gondviselő aláírása