**Védőnői Szolgálat neve:**

Címe:

Körzetazonosítója:

**Területi védőnő neve:**

Munkahelyi telefonszáma: Munkahelyi mobilszáma:

Munkahelyi egyedi e-mail címe:

**Védőnői tájékoztató (Védőnői lelet)**

**7 éves korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

*(szükség esetén)*

*[49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet 3.§ dd)]*

*(Tartalma: 1. Szülői kérdőív; 2. Védőnői szűrővizsgálat)*

A gyermek neve:

Születési helye:

Születési ideje:

TAJ száma:

Anyja születési neve:

Lakcíme:

1. **Szülői kérdőív és eredménye**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kérdések | Igen, rendszeresen (gyakran, többnyire | Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul) | Még nem |  | Védőnői tapasztalat: ugyanaz-e?igen/nem |
| 1. Kitartóan mozog?(Pl. focizik, biciklizik, versenyt fut, gyalogol.) |  |  |  |  |  |
| 2. Labdát pattogtat?  |  |  |  |  |  |
| 3. Utánozza a papírhajtogatást? (Pl. papírhajót vagy csákót készít, utánozva.) |  |  |  |  |  |
| 4. Rajzában eseményeket ábrázol? (Pl.: mit csináltunk, mikor kirándultunk? Mi történt a születésnapodon?) |  |  |  |  |  |
| 5. Késleltetni tudja kívánságait, vágyait?(Pl.: ha arra kérjük, hogy ”Várj, egy kicsit kérlek, míg ezt befejezem, és máris odaadom neked”.)  |  |  |  |  |  |
| 6. Tud veszíteni? (Pl.: társasjáték, verseny.)  |  |  |  |  |  |
| 7. Képes 20 percig egy feladatra figyelni?(Pl. lecke, házimunka.) |  |  |  |  |  |
| 8. Önállóan képes margarint vagy vajat kenyérszeletre kenni? |  |  |  |  |  |
| 9. Feladattudata kialakult(Pl. táskáját bepakolja, számon tartja a teendőit, rendbe teszi játékait.)  |  |  |  |  |  |
| 10. Önálló a mindennapi rutinokban?(Pl. fürdésnél, öltözködésnél, fogmosásnál, lefekvés előtti előkészületnél, WC- használatnál.) |  |  |  |  |  |
| 11. Igyekszik a felnőttek elvárásainak megfelelni? |  |  |  |  |  |

1. **Védőnői szűrővizsgálat és eredménye**

**TESTI FEJLŐDÉS:**

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

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

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

**EGYÉB MEGJEGYZÉS**:

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

A Védőnői tájékoztatót (leletet) vigye magával az életkorhoz kötött orvosi szűrővizsgálatra!

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

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

Ph

 a területi védőnő aláírása

**Alapnyilvántartási száma**:...............................................................

**A Védőnői tájékoztató (lelet) 1 példányát átvettem:**

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

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

 szülő/ gondviselő aláírása