

\_\_\_\_\_

(IME I PREZIME DIJETETA)

\_\_\_\_\_

(DATUM ROĐENJA I OIB)

\_\_\_\_\_

(ADRESA STANOVANJA)

\_\_\_\_\_

(DATUM I VRIJEME ZDRAVSTVENOG PREGLEDA)

\_\_\_\_\_

(ŠKOLA KOJU ĆE DIJETE POHAĐATI)

Kako bi nam olakšali i ubrzali unos potrebnih podataka, molimo Vas da na pregled donesete **medicinsku dokumentaciju: karton pedijatra, potvrdu stomatologa (zubna putovnica), laboratorijski nalaz ako imate, cjepnu karticu te ovu brošuru s popunjenim podacima.**

Iznimno je važno **pripremiti dijete za pregled i cijepljenje** na koje dijete u toj dobi nije naviklo.

Naš tim (liječnik i med.sestra/tehničar) će se prijateljskim pristupom i blagom riječju nastojati približiti svakom djetetu te otkloniti eventualne nesigurnosti.

Molimo vas da odgovorite na slijedeća pitanja i da ih donesete na zdravstveni pregled ili ih možete poslati par dana prije samog pregleda na mail:

[lilymislov@zjz-zadar.hr](mailto:lilymislov@zjz-zadar.hr)

**Ime i prezime oca:** \_\_\_\_\_

**God. rođenja:** \_\_\_\_\_

**Zanimanje oca:** \_\_\_\_\_

**Stručna sprema** : OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat (zaokružiti)

**Ime i prezime majke:** \_\_\_\_\_

**God. rođenja :** \_\_\_\_\_

**Zanimanje majke:** \_\_\_\_\_

**Stručna sprema majke** : OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat (zaokružiti)

**Bračno stanje roditelja :** \_\_\_\_\_

**Dijete živi s** : oba roditelja ili \_\_\_\_\_

**Da li netko u obitelji ( do djedova i baka djeteta) boluje od nekih kroničnih bolesti** (zaokružiti):

Ne Da – navesti tko i od koje bolesti: \_\_\_\_\_

**Kontakt roditelja:** telefon/mob. \_\_\_\_\_

MAJKA: \_\_\_\_\_

OTAC: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Porođajna težina: \_\_\_\_\_ grama

Porođajna dužina: \_\_\_\_\_ cm

Apgar ocjena: \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dijete/tu je:**

Niknuo prvi zubić s \_\_\_\_\_ mjeseci

Počelo sjediti s \_\_\_\_\_ mjeseci

Prohodalo s \_\_\_\_\_ mjeseci

Reklo prvu riječ s \_\_\_\_\_ mjeseci

Reklo prvu rečenicu s \_\_\_\_\_ mjeseci

Izgovor pravilan DA / NE

Dijete upućivano psihologu DA/ NE ; logopedu DA/NE

Poteškoće: \_\_\_\_\_

Uspostavilo kontrolu mokrenja s \_\_\_\_\_ mjeseci

Uspostavilo kontrolu stolice s \_\_\_\_\_ mjeseci

Dijete pohađalo vrtić: DA / NE

Redovito DA / NE koliko godina \_\_\_\_\_

Dijete pohađalo malu školu: DA / NE

**Prehrambene navike:**

Dnevno mlijeka (dcl) \_\_\_\_\_

Kuhanih obroka dnevno \_\_\_\_\_

Hladnih obroka dnevno \_\_\_\_\_

Mesnih obroka tjedno \_\_\_\_\_ ribe(tj) \_\_\_\_\_

Nepodnošenje hrane (koje) \_\_\_\_\_

**Aktivnosti u predškolskoj dobi (sport, glazba...):**

\_\_\_\_\_

Potpis roditelja: \_\_\_\_\_

**Je li dijete prebolilo neku od ovih zaraznih bolesti.?**

(zaokruži)

Vodne kozice Ne/Da

Šarlah Ne/Da

Difterija Ne/Da

Mononukleozna Ne /Da

Tuberkuloza Ne /Da

Ospice Ne /Da

Rubeola Ne /Da

Zaušnjaci Ne /Da

Hepatitis Ne/Da

Ima li dijete alergije?

Ne/Da \_\_\_\_\_

**ZDRAVSTVENI PREGLED UKLJUČUJE:**

\***otvaranje osobnog zdravstvenog kartona** (koji prati dijete do kraja školovanja, a u koji se upisuju sistematski pregledi, skriningi i cijepljenja prema važećem kalendaru cijepljenja )

\***mjerjenje tjelesne težine i visine**

\***kontrolu oštine vida i vida na boje**

\***detaljan klinički pregled** uz obavezan pregled vanjskog spolovila

\***procjenu razvoja grafomotorike, percepcije i psihičkog razvoja**

\***orijentacijsku procjenu emocionalne zrelosti djeteta te ocjenu razvoja govora**

\***daljnji pregled kod potrebnog specijalista** (prema potrebi i utvrđenoj indikaciji)

\***docjepljivanje djece prema kalendaru cijepljenja: cjepivo protiv ospice-rubeole-zaušnjaka (MMR) pri pregledu, a mjesec dana nakon drugo cjepivo protiv dječje paralize (IPV)**