

Indywidualna Karta Wywiadu Środowiskowego – Stan Zdrowia Ucznia

Zwracam się z uprzejmą prośbą o uzupełnienie poniższego kwestionariusza. Informacje te są niezbędne do uzupełnienia/aktualizacji Karty Zdrowia Ucznia. W związku z rozpoczęciem/kontynuacją nauki w bieżącym roku szkolnym uczeń zostaje objęty opieką pielęgniariską przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania zgodnie z Ustawą dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2217z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1248 z późn. zm) Zał. 4. Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji. Dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), a także podlegają szczególnej ochronie i przetwarzaniu jako dane medyczne zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069z późn. zm.).

Szkoła, klasa:		Nr tel. opiekuna prawnego			
Nazwisko, imię ucznia:		Pesel ucznia: (niezbędne)		Data urodzenia:	
				r.	
Adres zamieszkania:		Nazwa i adres placówki POZ, której uczeń podlega:			
Czy uczeń jest szczepiony zgodnie z kalendarzem szczepień w placówce POZ, do której należy? Wybrać właściwe. Tak Nie					
Przebyte choroby: wybrać Tak / Nie oraz wpisać rok zachorowania↓					
Ospa →	Tak Nie	Różyczka→	Tak Nie	Płonica→	Tak Nie
Odra →	Tak Nie	Świnka→	Tak Nie	Inne→.....	
Przebyte urazy: wpisać poniżej rodzaj urazu oraz rok zdarzenia↓					
Przebyte operacje: wybrać Tak/ Nie oraz wpisać rok przeprowadzenia↓					
Usunięcie wyrostka robaczkowego: Tak Nie					
Inne:(rodzaj, rok)→					
Choroby przewlekłe: poniżej wybrać tak/ nie oraz wpisać rok zdiagnozowania↓					
Astma→	Tak Nie	Cukrzyca→	Tak Nie	Padaczka→	Tak Nie
Choroby serca→	Tak Nie	Inne→.....			
Alergie: wpisać rodzaj alergii oraz substancję uczulającą (alergen)					
Rodzaj→					
Alergen→					
Zażywane leki : wpisać poniżej nazwę leku, powód zażywania↓					
Nazwa leku→					
Powód zażywania→					
Czy uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej?: wybrać Tak/Nie, jakiej, z jakiego powodu↓					
Poradnia specjalistyczna: Tak Nie		Jaka/ Z jakiego powodu?:		Czy uczeń posiada orzeczenie o niepełnosprawności? Tak Nie	
				Zakres orzeczenia:	
Czy wyrażają Państwo zgodę na ewentualne podanie leków przypadku wystąpienia dolegliwości u dziecka?: Zaznaczyć właściwe.					
p/bólowych, p/gorączkowych (paracetamol)→	Tak Nie	Rozkurczowych (no-spa)→ (krople miętowe)→	Tak Nie Tak Nie	p/biegunkowych (węgiel leczniczy)→	Tak Nie
Uspokajających (neospazmina)→	Tak Nie	Odkażające (octenisept)→	Tak Nie	Wskazane preparaty są zgodne z Rozp. NFZ dot. profilaktycznej opieki nad uczniami.	
Osoba kontaktowa w przypadku zdarzeń nagłych (np. zachorowanie uniemożliwiające uczestniczenie w lekcjach/ interwencja pogotowia ratunkowego):↓					
St.pokrewieństwa		Nr telefonu			
Dodatkowe uwagi dotyczące szczególnej opieki medycznej nad dzieckiem podczas pobytu w szkole. Zaznaczyć właściwe.					
Tak Nie	Jakie?:				
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez pielęgniarkę szkolną badań profilaktycznych, zdrowotnych i higienicznych (w tym badania bilansowe, przesiewowe, profilaktyczna kontrola stanu włosów i skóry). Zaznaczyć właściwe.					
Tak			Nie		
Wyrażam zgodę na administrowanie danymi mojego dziecka/podopiecznego w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń medycznych- pielęgniariskich prowadzonych przez pielęgniarkę szkolną. Zaznaczyć właściwe.					
Tak			Nie		
Data:			Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego:		