

5. preventívna prehliadka u detí

Vykonáva sa v 3. až 4. mesiaci života. Predtlačený formulár.

| | |
|---|----------------|
| Meno, priezvisko | |
| Bydlisko | |
| Poisťovňa | |
| Rodinná anamnéza | |
| Lieková anamnéza | |
| Osobná anamnéza | |
| Subjektívny stav popísaný rodičom (opatrovníkom) | |
| Objektívny stav zhodnotený lekárom | |
| Hmotnosť g | Dĺžka cm |
| Koža | |
| Svalový tonus | |
| Psychomotorický vývoj | |
| Hlava – tvar a veľkosť veľkej fontanely | |
| Švy | |
| Obvod hlavy | |
| Dutina ústna a tvar podnebia | |
| Oči, uši | |
| Krk – tvar a pohyblivosť | |
| Lymfatické uzliny | |
| Hrudník (obvod, auskultačný nález na srdci a pľúcach) | |
| Brucho (pečeň, pupok, slabiny) | |

| | |
|---|--|
| Dolné končatiny (symetria, pohyblivosť bedrových kĺbov) | |
| Pulzácie tepien | |
| Stav semenníkov a vonkajších pohlavných orgánov | |

Dátum:

.....
Podpis a pečiatka lekára, ktorý prehliadku vykonal

| | |
|--|--|
| Zistený záver | |
| Očkovanie | |
| 1. dávka DiTePer, Hib, VHB | |
| 1. dávka Polio | |
| Forma oboznámenia zákonného zástupcu pacienta so závermi tejto preventívnej prehliadky | |
| Dátum oboznámenia zákonného zástupcu pacienta so závermi tejto preventívnej prehliadky | |

| | |
|--|--|
| Ak sa objavili nejaké nefyziolog. hodnoty, uveďte kedy a aké kontrolné vyšetrenie plánujete, resp. akú konzultáciu s iným odborníkom a kedy | |
| Dodatočné zistenia | |
| Iné | |
| Informovaný súhlas zákonného zástupcu, opatrovníka, poručníka alebo inej fyzickej osoby ako rodiča, ktorá má maloleté dieťa v osobnej, náhradnej, pestúnскеj alebo inej forme starostlivosti v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. | |
| Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. | |

Dátum:

.....
Podpis pacienta (zodp. zástupcu)

Dátum:

.....
Podpis a pečiatka lekára, ktorý prehliadku vykonal