

9. preventívna prehliadka u detí

Vykonáva sa v 11. až 12. mesiaci života. Predtlačенý 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	
Stav dentície	
Oči, uši – orientačné vyšetrenie zraku a sluchu	
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	
3. dávka DiTePer, Hib, VHB	
3. 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	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	

Dátum:

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

Dátum:

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