

Indywidualna Karta Wywiadu Środowiskowego – Stan Zdrowia Ucznia

Zwracam się z uprzejmą prośbą o uzupełnienie poniższego kwestionariusza. Informacje te niezbędne są do zgłoszenia ucznia/uczennicy w Narodowym Funduszu Zdrowia, jako osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym. Pozostałe dane będą wykorzystane do uzupełnienia/aktualizacji Karty Zdrowia Ucznia. W związku z rozpoczęciem/kontynuacją nauki w roku szkolnym 2016/2017 uczeń zostaje objęty opieką pielęgniarską przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1248) Zał. 4. Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji (z późn. Zm). Dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych, (Dz. U. 2016 r. poz. 922), 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. 2069).

| | | | |
|---|--------------------------------|---|----------------------------------|
| 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? 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?: <i>Zaznaczyć właściwe.</i> | | | |
| p/bólowych, p/gorączkowych (paracetamol)→ | Tak Nie | Rozkurczowych (no-spa)→ (krople miętowe)→ | Tak Nie Tak Nie |
| Uspokajających (neospazmina)→ | Tak Nie | Odkażające (octenisept)→ | Tak Nie |
| <i>Wskazane preparaty są zgodne z Rozp. NFZ dot. profilaktycznej opieki nad uczniami.</i> | | | |
| 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 jego pobytu w szkole <i>Zaznaczyć właściwe.</i> | | | |
| 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) | | | |
| Tak | | Nie | |
| Data: | | Czytelny podpis opiekuna: | |