

ОСОБИСТА КАРТА ЗДОРОВ'Я УЧНЯ

(уреалізації закон 4229/2014, номер 11, параграф 2)



Міністерство Освіти
та Релігій

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ (ВЕЛИКИМИ БУКВАМИ):

ДАТА НАРОДЖЕННЯ:

Телефон для зв'язку із сім'єю:

Міністерство Охорони Здоров'я ШКОЛА: КЛАС:

**Особиста Карта Здоров'я Учня (ADYM) зберігається у школі та копія у
Медичній Карті дитини. Зміст ADYM є конфіденційним.**

Заповнюється після профілактичного медичного обстеження у яке входять історія та фізичне обстеження відповідно до

Буклету медичного обстеження для Особистої Карти Здоров'я Учня. Додаткові спеціальні перевірки відбуваються тільки якщо є спеціальні лікарські вказівки. У ADYM записуються результати обстеження які відносяться до школи.

У випадку зміни ситуації зі станом здоров'я дитини, ADYM оновлюється за відповідальності батьків/опікунів.

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ІНФОРМУВАННЯ ШКОЛИ

(Записується з ціллю підтримки дитини у школі та із остаточним рішенням лікаря/ки, після згоди батьків/опікунів або дитини. Не повинна бути пропущена інформація відсутність якої може поставити дитину під загрозу.)

ЛІКАРСЬКЕ РІШЕННЯ

ДЛЯ УЧАСНІ У УРОЦІ ФІЗКУЛЬТУРИ, У СПОРТИВНИХ ТА ІНШИХ ЗАНЯТТЯХ ШКОЛИ*

☐ Участь без обмежень ☐ Участь з обмеженнями > Проблеми зі здоров'ям та інструкції обмежень:
(Із профілактичного обстеження не виявлено причин для обмежень) (Через проблеми зі здоров'ям)

☐ Направлення на спеціальну перевірку** (З інших систем не виявлено причин які б вимагали обмеження участі у шкільних заходах)

> Спеціальність на яку відбувається направлення:

Дата обстеження

Підпис та печатка лікаря

Печатка Центру
Здоров'я (для лікарів
ESY/PEDY)

ЛІКАРСЬКЕ РІШЕННЯ ПІСЛЯ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕРЕВІРКИ**

ДЛЯ УЧАСНІ У УРОЦІ ФІЗКУЛЬТУРИ, У СПОРТИВНИХ ТА ІНШИХ ЗАНЯТТЯХ ШКОЛИ *

☐ Участь без обмежень ☐ Участь з обмеженнями > Проблеми зі здоров'ям та інструкції обмежень:
(Спеціальна перевірка не виявила причин для обмежень) (Через причини здоров'я)

> Медична спеціальність		
> Перевірка яка відбулась:		
Дата обстеження	Підпис та печатка лікаря	Печатка Центру Здоров'я (для лікарів ESY/PEDY)

*** Данне рішення лікаря не є дісним для Всегрецьких Шкільних Змаганнях та Всегрецьких Шкільних Чемпіонатах, не є дійсним також для шкільних заходів які проводяться іншими органами окрім школи або Міністерства Освіти та Релігій.**

**** Стосовно спеціальної перевірки, яка проводиться по рішенню лікаря який провів профілактичне обслідування, він є обов'язковим для прийняття лікарського рішення участі у шкільних заходах.У цих випадках надається медичне направлення із описом причин направлення.**

Наукове редагування:

Інститут Охорони Здоров'я та Дитини, Управління Соціальної та Прогресивної Педіатрії, Національна Школа Державної Медецини, Відділ Охороги Здоров'я та Дитини

ЛИСТ МЕДИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДЛЯ ОСОБИСТОЇ КАРТИ ЗДОРОВ'Я УЧНЯ

(Зберігається у архіві лікаря або Центру Здоров'я)

Прізвище учня/ці	Ім'я учня/ці	Дата народження	Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>	АМКА
------------------	--------------	-----------------	---	------

МЕДИЧНА ІСТОРІЯ (Заповнюється та підписується батьками/опікунами.Якщо потрібно, надаються пояснення або заповнюється лікарем/кою.)

	Історія дитини: загальні запитання	ТАК	НІ		Історія сім'ї: кардіологічні проблеми (продовження)	ТАК	НІ
1	Має чи мала колись серйозні проблеми зі здоров'ям?			13	Чи є хтось у родині у кого були випадки непритомності або судоби через невідому причину?		
2	Лікувався у лікарні(з ночівлею)?						
3	Її колись оперували?			14	Чи є в родині хтось із спадковими серцево-судинними захворюваннями, такими як гіпертрофічна або дилатаційна кардіоміопатія, аритмогенний правий шлуночок, хвороба Наксоса, синдром Марфана, синдром подовженого чи короткого інтервалу QT, синдром Бругада?		
4	Приймає чи приймала якісь ліки часто?						
5	Має якусь алергію(їжа, ліки, інше)?						
	Історія дитини: кардіологічні проблеми						
6	Мала який кардіологічний діагноз або гіпертонію?						
7	Втрачала колись свідомість підчас або після заняття спортом або без причини?				Історія дитини: інші теми		
				15	Були у дитини приступи судом?		
8	Жалілась колись на біль, відчуття тиску або тяжість у грудях під час заняття спортом?			16	Були коли небудь кашель, хрипи чи затруднене дихання під час заняття спортом?		
9	Змучується або збивається дихання швидше ніж у інших дітей			17	Мала колись біль чи серйозні травми у кістках,м'язах, Суглобах чи мала колись артрит?		
10	Жалілась колись що їй серце б'ється швидко або аритмічно(«тріпотить») під час заняття спортом?			18	Ви вважаєте що може мати проблеми із зором?		
				19	Ви вважаєте що може мати проблеми зі слухом?		
	Історія сім'ї: кардіологічні проблеми			20	У вас є якісь переживання на рахунок її ваги чи харчування?		
11	Є у сім'ї особа яка загинула через : Кардіологічні проблеми, раптовою або не зрозумілою смертю у молодому віці(<50 років)?			21	Хвилює вас або школу якась проблема із її розвитком (наприклад, спілкування, моторика, здатність до навчання)?		
12	Є у сім'ї особа у якої трапився серцевий напад			22	Чи турбує вас або школу якась проблема пов'язана із її настроєм чи поведінкою (наприклад, смуток, комунікабельність,		

або ішемічна хвороба серця чи інсульт у молодому чи середньому віці (<55 років для чоловіків і <65 років для жінок)?			агресія, злість, гіперактивність, контроль сфінктрів)?		
		23	Чи є якась інша проблема яку ви хотіли б обговорити?		

Доповнююча інформація для запитань із відповіддю «ТАК»:

Підтверджую правдивість вищесказанного, згідно із інформацією якою я володію.

Ім'я та Прізвище батька/опікуна	Стосунки із дитиною	Дата заповнення	Підпис	Номер для зв'язку
---------------------------------	---------------------	-----------------	--------	-------------------

ФІЗИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ (Заповнюється лікарем/кою)

Вимірювання					
Вага:	kg	Ріст:	m	ІМТ:	
Пульс:	/min	Тиск:	mmHg		
Медичне обстеження		Фізіологічні	Патологічні показники		
1	Огляд, шкіра, ознаки синдрому Марфана				
2	Гострота зору, косоокість				
3	Ротова порожнина, зуби				
4	Аускультация серця(шуми, тони, ритм), стегна				
5	Органи дихання				
6	Живіт, печінка/селезінка, статеві органи				
7	Нервова система та опорно-руховий апарат, сколіоз				
8	Інші позаники				

ДОПОВНЮЮЧА ІНФОРМАЦІЯ ІЗ ІСТОРІЇ ЧИ ФІЗИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ – ВИСНОВКИ (Заповнюється лікарем/кою)

		Лікарський висновок для участі у шкільних заходах: <input type="checkbox"/> Без обмежень <input type="checkbox"/> 3 обмеженнями <input type="checkbox"/> Направлення → Спеціальність/ості:
Перевірка щеплень:	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>	Коментарі:

Ім'я та Прізвище лікаря	Дата заповнення	Підпис лікаря / Печатка→
-------------------------	-----------------	--------------------------

Наукове редагування:

Інститут Охорони Здоров'я та Дитини, Управління Соціальної та Прогресивної Педіатрії, Національна Школа Державної Медицини, Відділ Охорони Здоров'я та Дитини