

Pieczęć podmiotu

Nr ewidencyjny PESEL  
 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## KARTA WIZYTY PATRONAŻOWEJ DZIECKA 9-MIESIĄC

### 1. INFORMACJE OGÓLNE

Nazwisko .....	Imię (imiona) .....	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....	Adres zamieszkania ..... .....	Adres zameldowania ..... .....
Imię matki .....  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Imię ojca .....	Inny opiekun .....
Rodzina: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> niepełna <input type="checkbox"/> zastępcza		Telefon opiekuna .....

### 2. BADANIE PRZESIEWOWE PIEŁĘGNIARKI

**Długość ciała** .....cm.....centyl      **Masa ciała** ..... kg ..... centyl      **BMI** .....

**Obwód głowy:** .....cm, .....centyl, **obwód klatki piersiowej** .....cm, .....centyl

**\*Wzrok;** prawidłowy, nieprawidłowy\*(badanie orientacyjne).....

**\*Słuch;** reaguje na bodziec akustyczny, nie reaguje na bodziec akustyczny\*(badanie orientacyjne)

**Inne uwagi**.....

### OCENA ROZWOJU PSYCHOMOTORYCZNEGO

Nr pytania	Czy dziecko	TAK	NIE
1	chodzi z podtrzymaniem, wykonuje ruchy chodzenia		
2	wstaje samo, chodzi bokiem trzymając się poręczy		
3	umie chwycić drobne przedmioty, upuszcza przedmiot celowo		
4	znajduje przedmiot (zabawkę) schowany na jego oczach		
5	wymawia słowa dwusylabowe (baba, mama)		
6	rozumie proste polecenia w znanych sytuacjach		
7	raczkuje		

Przeprowadzono instruktaż w zakresie:

- a) pielęgnacji niemowlęcia                    tak / nie
- b) karmienia niemowlęcia                    tak / nie
- c) pielęgnacji jamy ustnej                    tak / nie
- d) profilaktyki przeciwkrzywicznej /wad postawy    tak / nie
- e) szczepienia ochronne, obowiązkowe i zalecane    tak / nie

Dziecko objęte opieką przez poradnię:

.....

.....

.....

.....

**UWAGI I ZALECENIA:**

.....

.....

.....

.....

Data i dane pielęgniarce.....

**\*właściwe podkreślić**

Badanie przeprowadzić w obecności opiekuna prawnego lub faktycznego