

Pieczęć podmiotu

Nr ewidencyjny PESEL

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## KARTA WIZYTY PATRONAŻOWEJ DZIECKA ROCZNEGO

### 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)

**Cięnienie tętnicze krwi**.....mmHg, ..... centyl

**Inne uwagi**.....

### OCENA ROZWOJU PSYCHOMOTORYCZNEGO

Nr pytania	Czy dziecko	TAK	NIE
1	samodzielnie wstaje, podejmuje próby chodzenia		
2	swobodnie raczkuje		
3	wyjmuje i wkłada do pojemnika różne przedmioty, wkłada mały przedmiot do dużego		
4	posługuje się kilkoma prostymi wyrazami (około trzech)		
5	rozpoznaje wszystkich domowników, wyciąga rączki i przytula się do najbliższych		
6	zaczyna okazywać zainteresowanie innymi dziećmi		
7	rozumie proste polecenia		

Dzieci u których stwierdza się nieprawidłowości w rozwoju psychomotorycznym należy skonsultować:  
lekarz pediatra / psycholog.

**UWAGI:**

.....

.....

.....

.....

Data i dane pielęgniarce.....

**\*właściwe podkreślić**

Badanie przeprowadzić w obecności opiekuna prawnego lub faktycznego