



ПРИВАТНИЙ АБО ШКІЛЬНИЙ  
МЕДОГЛЯД  
ДИТИНИ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

**БАТЬКИ / ОПІКУНИ / УЧЕЊ:**  
Стор. 1 форми заповнюється перед проведенням  
медогляду учня. Візьміть заповнений бланк форми  
з собою на прийом.

Бюро громадської охорони здоров'я

Відділ шкільної охорони здоров'я

ПІБ учня \_\_\_\_\_

Сьогоднішня дата \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

Вік на момент огляду \_\_\_\_\_

Стать:  Ч  Ж

**Лікарські препарати та алергія:** Вкажіть усі рецептурні/безрецептурні препарати/БАДи (трав'яні/харчові), які наразі приймає учень:

Чи є в учня алергія?  Ні  Так (якщо «Так», вкажіть тип нижче)

 Мед. препарати Пилок Їжа Укуси комах

Дайте відповідь «Так» або «Ні»; якщо ви не знаєте відповіді на запитання, просто обведіть його.

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я УЧЕЊ...	ТАК	НІ
1. Має хронічні захворювання? Якщо «Так», вкажіть які: <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Анемія <input type="checkbox"/> Діабет <input type="checkbox"/> Інф. захворювання Інше _____		
2. Був (-ла) госпіталізований (-а) довше ніж на 1 ніч?		
3. Переніс (-ла) хірург. втручання?		
4. Мав (-ла) судомні напади?		
5. Має вроджену/набуту відсутність нирки, ока, яєчка (у чоловіків), селезінки чи будь-якого іншого органу?		
6. Відчував (-ла) нездужання під час занять спортом у спеку?		
7. Відчував (-ла) часті м'язові судоми при фізнавантаженні?		
ГОЛОВА/ШИЯ/ХРЕБЕТ: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
8. Відчував (-ла) головний біль при фізнавантаженні?		
9. Отримував (-ла) травму голови чи струс мозку?		
10. Отримував (-ла) травму голови, яка спричинила сплутаність свідомості, тривалий головний біль чи проблеми з пам'яттю?		
11. Відчував (-ла) оніміння, поколювання чи слабкість у руках/ногах після удару або падіння?		
12. Не міг (-ла) рухати руками/ногами після удару чи падіння?		
13. Помічав (-ла) у себе чи має діагност. викривлення хребта/сколіоз?		
14. Мав (-ла) проблеми з очима (зором) чи травми очей?		
15. Учню прописано носіння окулярів / контактних лінз?		
СЕРЦЕ/ЛЕГЕНІ: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
16. Користувався (-лась) інгалятором або приймав (-ла) ліки від астми?		
17. Має діагностовані порушення в роботі серця? Відзначте все, що підходить: <input type="checkbox"/> Шуми чи серцеві інфекції <input type="checkbox"/> Високий арт. тиск <input type="checkbox"/> Хвороба Кавасакі <input type="checkbox"/> Підвищений холестерин <input type="checkbox"/> Інше: _____		
18. Був (-ла) направлений (-на) лікарем на обстеження серця (ЕКГ, ехокардіограма тощо)?		
19. Відчував (-ла) напад кашлю, хрипи, утруднене дихання, задишку або запаморочення ПІД ЧАС або ПІСЛЯ фізнавантаження?		
20. Відчував (-ла) дискомфорт, біль, утруднення/тиск у грудях при фізнавантаженні?		
21. Відчував (-ла) приск. серцевиття/пропуски ударів серця при фізнавантаженні?		
КІСТКИ/СУГЛОБИ: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
22. Мав (-ла) перелом/тріщину кістки/стресовий перелом/вивих суглоба?		
23. Травмував (-ла) м'язи, зв'язки чи сухожилля?		
24. Носив (-ла) биндаж, гіпс, милиці чи ортез після травми?		
25. Був (-ла) направлений (-на) на рентген, МРТ, КТ, ін'єкцію чи фізіотерапію після травми?		
26. Мав (-ла) біль, набряк, запалення суглобів, почервоніння шкіри навколо суглоба?		
ШКІРА: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
27. Мав (-ла) висипання, пролежні чи інші проблеми зі шкірою?		
28. Мав(-ла) прояви герпесу або стафілококової інфекції (МРЗЗ)?		

УРОГЕНІТАЛЬНА СИСТЕМА: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
29. Мав (-ла) болі, хворобливі опуклості або грижі у паховій ділянці?		
30. Має в анамнезі інфекції сечовивідних шляхів чи енурез?		
31. <b>ТІЛЬКИ ДЛЯ ЖІНОЧОЇ СТАТІ:</b> Менструація? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо «Так»: в якому віці почалася перша менструація? _____ Кількість менструацій за останні 12 місяців? _____ Дата початку останньої менструації: _____		
РОТОВА ПОРОЖИНА:	ТАК	НІ
32. Учень страждає від болю чи проблем із зубами/яснами?		
33. ПІБ стоматолога: _____ Останній стоматологічний огляд: <input type="checkbox"/> менше 1 року <input type="checkbox"/> 1-2 роки <input type="checkbox"/> більше 2 років		
СОЦІАЛІЗАЦІЯ/НАВЧАННЯ: УЧЕЊ...	ТАК	НІ
34. Має проблеми з навчанням, розумову відсталість, порушення розвитку, когнітивні порушення, СДУ/гіперактивність тощо?		
35. Зазнавав (-ла) цькування/знуцань у школі?		
36. Пережив (-ла) горе, травму чи іншу значну подію?		
37. Демонстрував (-ла) зміни в поведінці, спілкуванні, успішності, звичках харчування/сну; відсторонення від членів сім'ї чи друзів?		
38. Відчував (-ла) тривогу, смуток чи агресію більшість часу?		
39. Демонстрував (-ла) втрату енергії, мотивації, інтересу чи ентузіазму?		
40. Турбується щодо своєї ваги: намагався (-ась) набрати вагу/схуднути або отримати рекомендації щодо набору ваги/схуднення?		
41. Вживав(-ла) (досі вживає) тютюн, алкоголь чи наркотики?		
СІМЕЙНИЙ АНАМНЕЗ:	ТАК	НІ
42. Чи є в сім'ї наступні захворювання? Відзначте все, що підходить: <input type="checkbox"/> Анемія/захворювання крові <input type="checkbox"/> Спадк. хвороби/синдроми <input type="checkbox"/> Астма/легенева н-ть <input type="checkbox"/> Ниркова н-ть <input type="checkbox"/> Порушення поведінки <input type="checkbox"/> Судоми <input type="checkbox"/> Діабет <input type="checkbox"/> Серповидноклітинна хвороба Інше _____		
43. Чи є в сім'ї наступні серцево-судинні захворювання? Відзначте все, що підходить: <input type="checkbox"/> Синдром Бругада <input type="checkbox"/> Синдром QT <input type="checkbox"/> Кардіоміопатія <input type="checkbox"/> Синдром Марф ана <input type="checkbox"/> Висок. артеріальний тиск <input type="checkbox"/> Шлуночкова тахікардія <input type="checkbox"/> Підвищений холестерин <input type="checkbox"/> Інше _____		
44. Чи спостерігались у когось із членів сім'ї раптова непритомність, судоми або випадки утоплення?		
45. Чи є в анамнезі випадки смерті членів сім'ї/родичів віком до 50 років від проблем з серцем або їхньої несподіваної/раптової смерті (включно з утопленням, ДТП без встановленої причини, синдромом раптової дитячої смерті)?		
ПИТАННЯ ТА ЗАУВАЖЕННЯ	ТАК	НІ
46. Чи є у батьків/опікунів/учнів питання або зауваження до постачальника медичних послуг, які вони хотіли б обговорити? (Якщо «Так», вкажіть їх на стор. 4)		

Я підтверджую, що, наскільки мені відомо, вищенаведена інформація є повною та достовірною. Я даю згоду на обмін інформацією про стан здоров'я учня між шкільною медичною сестрою і лікарями.

Підпис батьків / опікунів / дієздатного учня \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ДО ПРОВЕДЕННЯ МЕДОГЛЯДУ БУЛО ПЕРЕГЛЯНУТО ІСТОРІЮ СТАНУ ЗДОРОВ'Я УЧНЯ (стор. 1 цієї форми): ТАК  НІ

Медогляд для класу: K/1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/>	ВИБЕРІТЬ ОДНЕ			*АБНОРМАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ / РЕКОМЕНДАЦІЇ / НАПРАВЛЕННЯ
	НОРМА	*АБНОРМ. РЕЗ-Т	ВІДКЛАД.	
Зріст: ( ) дюймів				
Вага: ( ) фунтів				
ІМТ: ( )				
ІМТ/вік: ( ) %				
Пульс: ( )				
Арт. тиск: ( / )				
Стан волосся/шкіри голови				
Стан шкіри				
Очі/Зір Корекція <input type="checkbox"/>				
Вуха/слух				
Ніс та горло				
Зуби та ясна				
Лімф овузли				
Серце				
Легені				
Черевна порожнина				
Урогенітальна система				
Нейром'язова система				
Кінцівки				
Хребет (сколіоз)				
Інше				

ТУБЕРКУЛІНОВА ПРОБА	ДАТА ПРОВЕДЕННЯ	ДАТА ОЦІНКИ	РЕЗУЛЬТАТ / НАСТУПНІ ДІЇ

МЕДИЧНІ СТАНИ АБО ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ, ОБМЕЖЕННЯ АКТИВНОСТІ ЧИ МОЖУТЬ ВПЛИВАТИ НА ПРОЦЕС НАВЧАННЯ

(Додаткове місце на стор. 4)

Присутність батьків/опікунів на огляді: Так  НІ

Медогляд проведено: Кабінет постачальника медичних послуг  Школа  Дата проведення огляду \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

ПІБ спеціаліста (друкованими літерами) \_\_\_\_\_

Адреса кабінету (друкованими літерами) \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Підпис спеціаліста \_\_\_\_\_ MD  DO  PAC  CRNP

**ПОСТАЧАЛЬНИКИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: зробіть ксерокопію карти вакцинації з особистої справи учня – АБО – вставте інформацію нижче.**

**ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВАКЦИНАЦІЇ:**

Мед.  Дата видачі: \_\_\_\_\_ Причина: \_\_\_\_\_ Дата анулювання: \_\_\_\_\_

Мед.  Дата видачі: \_\_\_\_\_ Причина: \_\_\_\_\_ Дата анулювання: \_\_\_\_\_

Мед.  Дата видачі: \_\_\_\_\_ Причина: \_\_\_\_\_ Дата анулювання: \_\_\_\_\_

**ПРИМІТКА:** для звільнення від вакцинації на підставі релігійних та філософських переконань батьки/опікуни мають направити до школи письмовий запит.

ВАКЦИНА	ДОКУМЕНТ: (1) Тип вакцини; (2) Дата (місяць/день/рік) проведення кожної вакцинації				
	1	2	3	4	5
Дифтерія / правець / кашлюк (діти) Тип: DTap, DTP або DT					
Дифтерія / правець / кашлюк (підлітки/дорослі) Тип: Tdap або Td					
Поліомієліт Тип: OPV або IPV					
Гепатит В (ГепВ)					
Кір / свинка / краснуха (MMR)					
Діагностоване захворювання на свинку <input type="checkbox"/>	Дата: _____				
Вітряна віспа: Вакцина <input type="checkbox"/> Імунітет <input type="checkbox"/>					
Серологія: (тест на антиген/дата/ПОЗ або НЕГ) наприклад, гепатит В, кір, краснуха, вітряна віспа					
Менінгококова кон'югована вакцина (MCV4)					
Вірус папіломи людини (ВПЛ) Тип: HPV2 або HPV4					
Грип Тип: TIV (ін'єкційна) LAIV (назальна)					
	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
Гемофільна інфекція типу b (Hib)					
Пневмококова кон'югована вакцина (PCV) типу: 7 або 13					
Гепатит А (ГепА)					
Ротавірус					
<b>Інші вакцини: (тип і дата)</b>					

