8. Zdravstveni list

NAPOMENA: Zdravstveni list izradilo Ministarstvo prosvete i sporta (Komisija Ministarstva)

_____
Назив здравствене установе
Број здравственог картона детета _____

ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ
I - ПОПУЊАВА РОДИТЕЉ

Презиме и име детета _____ Година рођења _____
Име оца (мајке) _____ Занимање _____
Адреса _____
Телефон/мобилни _____
Вртић/школа _____
Наведите да ли Ваше дете болује од шећерне болести, епилепсије, месечарства, хемофилије, астме, срчаног обољења, болести зависности (подвући)
_____
Наведите терапију коју Ваше дете узима (назив лека доза) _____
Датум: _____ Потпис родитеља _____

II - ПОПУЊАВА ОРДИНИРАЈУЋИ ЛЕКАР

ПРЕГЛЕД ПРЕ ПОЛАСКА

АКУТНА ОБОЉЕЊА НА ДАН ПРЕГЛЕДА
_____
АЛЕРГИЈА НА ЛЕК/ХРАНУ
_____
ДАТУМ ПОСЛЕДЊЕ ВАКЦИНАЦИЈЕ ПРОТИВ ТЕТАНУСА
_____
ХРОНИЧНЕ НЕЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ ОД ВЕЋЕГ СОЦИОМЕДИЦИНСКОГ ЗНАЧАЈА*/ТЕРАПИЈА (назив лека, доза)
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
ДЕТЕ ЈЕ ЗДРАВО И СПОСОБНО ЗА ОДЛАЗАК НА
_____
Датум _____ Лекар _____

III - ПОПУЊАВА ЛЕКАР ПРАТИЛАЦ/ ЛЕКАР У МЕСТУ БОРАВКА ДЕТЕТА

ПРЕГЛЕД У ТОКУ БОРАВКА

АНАМНЕЗА
_____
_____
_____
СТАТУС
_____
_____
_____
ДИЈАГНОЗА (ОБОЉЕЊЕ/ПОВРЕДА)
_____
_____
ОРДИНИРАНА ТЕРАПИЈА
_____
_____
_____
УПУЋЕНО У ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ (назив установе, датум и час)
_____
ВРАЋЕНО КУЋИ (датум и час)
_____
Датум _____ Лекар _____

*/ мисли се пре свега на: шећерна болест, епилепсија, месечарство, хемофилија, астма, срчана обољења, болести зависности

Scanned by CamScanner