Védőnői Szolgálat Törökbálint

2045 Törökbálint, József A. u. 33.

06-23-222-380, tbvedonok@gmail.com Kitöltő védőnő:………………………………………………….

***Védőnői lelet***

**3 hónapos korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a

szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

**Gyermek neve:**......................................................................**Születési ideje:**..............................**TAJ száma:**........................

**Anyjaneve…**………………………………………………………………………………………………………………….

**Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal):**.....................................................................................................................

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg: ................ (g) Testtömeg *percentilis: ...*..........

Testhossz: ................. (cm) Testhosszúság percentilis: .........

BMI percentilis: ............ BCG:…………………………

Fejkörfogat:............... (cm) Kutacs: ............ (cm x cm) Mellkörfogat:…………………..(cm)

**PSZICHOMOTOROS ÉS MENTÁLIS FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**

Alvása: aluszékony nyugodt többször ébred gyakran ébred

Viselkedése:  túlnyugodt nyugodt ingerlékeny túlingerlékeny

Szokásrend (napirend):  rendben, alakulóban rendszertelen

Kezeit középen összekulcsolja-e: igennem

Szimmetrikus végtag és testtartása van: igen nem

Hasonfekve alkarjára támaszkodik,fejét 45 fokban emeli: igen nem

Végtagok flexiós (hajlított) tartása csökkent: igen nem

Ülésbe húzvafejét emeli: igen nem

**LÁTÁS VIZSGÁLATA:**

Szemeken látható-e eltérés: jobb: igen nembal:  igen nem

Szemek gyulladásos állapota tapasztalható-e: igen nem

25-30 cm távolságban arcot 180 fokban követ:igen nem

Kezét nézegeti: igenészrevettenem

**HALLÁS ÉS BESZÉDFEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**

Erős hang adásakor magatartás változással reagál: igennem

Félálomban zajra összerezzen: igen nem

Sírásadifferenciálódik:  igen nem

Felsíráskor anyja/gondozója hangja megnyugtatja: igen nem

Gőgicsél (játszadozik a hangjával): igen nem

**EGYÉB MEGJEGYZÉS**: ........................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................

**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján, soron kívüli házigyermekorvosi/háziorvosi vizsgálat javasolt:**

 igen nem

Dátum:...............év ............................. hónap...........nap

..................................................

Ph a területi védőnő aláírása

Alapnyilvántartási szám:....................................................

**A védőnőitájékoztató 1 példányátátvettem:**

Dátum:...............év ............................. hónap...........nap

. .................................................................

szülő/ gondviselő aláíráa