# LIJEČNIČKI PREGLED PRIJE UPISA U 1.RAZRED OSNOVNE ŠKOLE ODRŽATI ĆE SE U AMBULANTI ŠKOLSKE MEDICINE

 ( termin ćete dobiti putem škole)

 ***ZZJZ OSIJEK ŠKOLSKA MEDICINA - Ambulanta 35***

LIJEČNICA: Vesna Buljan, specijalista školske medicine

MEDICINSKA SESTRA: Sanja Šolaja, bacc.med.techn.

 Kontakt : 031-225-751

*Adresa: Drinska 8 , Osijek*

e-mail adresa: skolskatim1.osijek@gmail.com

Za pregled na školskoj medicini je neophodno slijedeće :

* Dijete treba doći na pregled sa jednim od roditelja/staratelja
* Ponijeti zdravstvenu iskaznicu, cjepnu knjižicu i OIB
* Zdravstveni karton djeteta
	+ *zatražiti karton od izabranog liječnika(pedijatra) gdje se dijete inače liječi, nakon pregleda karton vratiti izabranom liječniku*
* Ostala zdravstvena dokumentacija
	+ *ukoliko je dijete ležalo u bolnici ponijeti nalaze, ili boluje od neke kronične bolesti, alergija, nalaze specijalista*
* Ponijeti potvrdu o stanju zubi od stomatologa
	+ **ZUBNA PUTOVNICA** *(detaljnije u nastavku)*
* U čistoj bočici *( ne mora biti sterilna )*

donijeti malo svježe mokraće (ne starija od 2h)

* Ukoliko imate nalaz krvi koji nije stariji od 6 mjeseci, ponesite ga na pregled.
* Ispuniti obrasce (osobna anamneza, obiteljska anamneza, izjava o COVID-u) i ponijeti na pregled kod školskog liječnika

Ukoliko ne dobijete termin kod stomatologa prije pregleda za upis, zubnu putovnicu ćete nam dostaviti kada obavite pregled.

****

Poštovani roditelji,

za upis u 1. razred osnovne škole potrebno je posjetiti doktora dentalne medicine koji će pregledati Vaše dijete. Tijekom pregleda doktor dentalne medicine će za Vaše dijete ispuniti obrazac „Zubna putovnica”. Ispunjeni obrazac predat ćete školskom liječniku prilikom pregleda za upis u osnovnu školu.

* Više nije potrebno dobiti obrazac direktno od školskog liječnika već će Vaše dijete dobiti ispunjeni obrazac prilikom posjeta ordinaciji dentalne medicine i obavljenog pregleda.
* Ukoliko dijete ide na pregled kod doktora dentalne medicine koji nije ugovorni subjekt HZZO-a, ili nema informatičku programsku podršku za spajanje na CEZIH, Zubnu putovnicu se može preuzeti putem poveznice : (<https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/zubna-putovnica-2/#a12>) za obrasce Zubna putovnica prema županiji u kojoj živite.

***Posjet doktoru dentalne medicine će biti prilika za bolje upoznavanje Vašeg djeteta s radom u ordinaciji i za stjecanje navika redovitih pregleda što je temelj očuvanja oralnog zdravlja Vaše djece, te Vas pozivamo na razumijevanje i suradnju !***

|  |  |
| --- | --- |
| UPITNIK-OBITELJSKA ANAMNEZA  |   |
| Ime i prezime djeteta |  |
| Datum i mjesto rođenja |  |
| OIB |  |
| Adresa stanovanja |  |
| Kontakt telefon,mail roditelja  |  |
| Ime i prezime majke |  Godište: |
| Zanimanje majke  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zaposlena da ne  Stručna sprema : OŠ SŠ VŠS VSS |
| Kronične bolesti u majke DA NE(ako DA navesti koje) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NAOČALE da ne PUŠENJE da ne   |
| Ime i prezime oca  |  Godište: |
| Zanimanje oca  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zaposlen da ne  Stručna sprema : OŠ SŠ VŠS VSS |
| Kronične bolesti u oca DA NE  (ako DA navesti koje) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NAOČALE da ne PUŠENJE da ne  |
| Bračni status roditelja |  |
| Dijete živi s: (nabrojati ) |  |
| Ima li dijete braće, sestara i koje su godište |  |
| Ima li netko u obitelji boluje od nekih kroničnih bolesti |  |
| **NAZIV ŠKOLE KOJU ĆE DIJETE POHAĐATI**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **UPITNIK- OSOBNA ANAMNEZA**  | Odgovore na slijedeća pitanja možete pronaći u otpusnom pismu iz rodilišta |
| Trudnoća po redu |  |
| Novorođenče po redu  |  |
| Napomene o trudnoćiKomplikacije u trudnoći |  |
| PRIRODNI Ili CARSKI POROD |  |
| U kojem tjednu trudnoće je bio porod |  |
| Poteškoće kod poroda  |  |
| Novorođenačka težina |  |
| Novorođenačka duljina |  |
| Novorođenačka žutica | DA NE |
| Apgar 1,5(ocjena pri porodu u 1. i 5. minuti) |  |
| Komplikacije nakon poroda  |  |
| S koliko mjeseci su bili prvi zubići |  |
| S koliko mjeseci je dijete samostalno sjedilo |  |
| S koliko mjeseci su bile prve riječi  |  |
| S koliko mjeseci je dijete slagalo prve rečenice |  |
| S koliko je mjeseci dijete prohodalo  |  |
| S koliko je mjeseci dijete ostavilo pelene  |  |
| Koja je dominantna ruka u djeteta | DESNA LIJEVA |
| Je li dijete pohađalo VRTIĆ ili MALU ŠKOLU ( i koliko dugo )  | VRTIĆ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MALA ŠKOLA |
| Koliko dnevno mlijeka dijete popije  |  |
| Koliko dijete ima mesnih obroka tjedno |  |
| Koliko kuhanih ,a koliko hladnih obroka dijete ima dnevno | KUHANIH- HLADNIH- |
| **Alergije-**lijekovi,hrana,ostalo |  |
| Kod kojeg liječnika(pedijatra) se dijete liječi  |  |
| Je li dijete preboljeno neku od zaraznih bolesti ako da koje godine  | Vodene kozice\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Šarlah\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Difterija\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Infektivna mononukleoza\_\_\_\_\_\_\_Tuberkuloza\_\_\_\_\_\_\_Ospice\_\_\_\_\_\_\_\_ Zaušnjaci\_\_\_\_\_\_ Rubeola\_\_\_Hepatitis\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

MOLIMO VAS DA ISPUNITE UPITNIKE I PONESETE IH NA PREGLED ZA UPIS KOD ŠKOLSKOG LIJEČNIKA

