**Védőnői Szolgálat neve:**

Címe:

Körzetazonosítója:

**Területi védőnő neve:**

Munkahelyi telefonszáma: Munkahelyi mobilszáma:

Munkahelyi egyedi e-mail címe:

**Védőnői tájékoztató (Védőnői lelet)**

**1 éves korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

*[51/1997. (XII. 18.) NM rendelet 4.§ b), 8.§;49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet 3.§ dd)]*

*(Tartalma: 1. Szülői kérdőív; 2. Védőnői szűrővizsgálat)*

A gyermek neve:

Születési helye:

Születési ideje:

TAJ száma:

Anyja születési neve:

Lakcíme:

1. **Szülői kérdőív és eredménye**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kérdések | Igen, rendszeresen (gyakran, többnyire) | Néha (ritkán, nem nagyon, de előfordul) | Még nem |  | Védőnői tapasztalat: ugyanaz-e?igen/nem |
| 1. Bútorok mellett kapaszkodva, önállóan feláll? („Még nem” a válasz, ha csak segítséggel felállítva képes megállni.) |  |  |  |  |  |
| 2. Álló helyzetből, a földön lévő játékot felveszi? (Közben bútorba, falba kapaszkodhat vagy támaszkodhat egyik kezével.)  |  |  |  |  |  |
| 3. Bútor/fal mellett oldalazva lépeget? |  |  |  |  |  |
| 4. Gyorsan és célirányosan mászik? |  |  |  |  |  |
| 5. Dobozból (vagy tálból, fiókból) játékokat (vagy más tárgyakat) kipakol?  |  |  |  |  |  |
| 6. Apró tárgyat hüvelyk és mutató ujjával felcsippent? (Pl. morzsát, szöszt) |  |  |  |  |  |
| 7. Utánozza a látott mozdulatokat? (Pl. tapsi-tapsi, pá-pá)  |  |  |  |  |  |
| 8. Kérésre, de anélkül, hogy Ön segítené, ismerős tárgyakra rámutat? (Azaz Ön nem mutat, és nem néz rá a tárgyra, és úgy kérdezi pl.: Hol van a labda, lámpa, maci? stb.)  |  |  |  |  |  |
| 9. Ha valamit szeretne megkapni, amit nem ér el, akkor mutatóujjával rámutat a tárgyra?  |  |  |  |  |  |
| 10. Iváskor a poharat döntve megtartja?(Még mellé csuroghat az ital.  |  |  |  |  |  |
| 11. Öltöztetésnél segít?(Pl.: Amikor a kezét a ruha ujjába illesztik, igyekszik átdugni, fölemeli a lábát a cipő, zokni vagy a nadrágszár fölhúzásához)  |  |  |  |  |  |
| 12. Ha nevén szólítják, akkor odafordulva a kérdező szemébe néz? |  |  |  |  |  |

1. **Védőnői szűrővizsgálat és eredménye**

**TESTI FEJLŐDÉS:**

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

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

BMI percentilis: .....

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

**PSZICHÉS, MOTOROS, MENTÁLIS, SZOCIÁLIS FEJLŐDÉS ÉS MAGATARTÁSPROBLÉMÁK VIZSGÁLATA:**

Viselkedése:  túl nyugodt  nyugodt  ingerlékeny  túl ingerlékeny

Nyomógombos játékot működésbe hoz:  igen  nem

Fedeles doboz tartalmát keresi:  igen  nem

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

Napirendje kialakult:  igen  nem

**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA:**

Szemmozgás párhuzamos:  igen  nem

**HALLÁS VIZSGÁLATA:**

Suttogó hangot is figyel, utánoz:  igen  nem

**BESZÉDFEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**

Anyanyelvi hangzókészlettel halandzsázik:  igen  nem

**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (lábstatikai problémák, gerinc rendellenességek):**

Egyformán használja-e mindkét kezét játék közben:  igen  nem

Egyformán használja-e mindkét lábát helyváltoztatás közben (mászás, kapaszkodva felállás, járás):  igen  nem

Végtagok alaki eltérése:  van  nincs

Végtagok funkcionális eltérése:  van  nincs

Lábdeformitás:  van  nincs

Mellkasdeformitás:  van  nincs

Testtartása szimmetrikus:  igen  nem, észlelt eltérés:

**EGYÉB MEGJEGYZÉS**:

**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján soron kívüli házi gyermekorvosi/háziorvosi vizsgálat szükséges:  igen  nem**

A Védőnői tájékoztatót (leletet) vigye magával az életkorhoz kötött orvosi szűrővizsgálatra!

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

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

Ph

 a területi védőnő aláírása

**Alapnyilvántartási száma**:...............................................................

**A Védőnői tájékoztató (lelet) 1 példányát átvettem:**

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

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

 szülő/ gondviselő aláírása