**Védőnői Szolgálat neve:**

Címe:

Körzetazonosítója:

**Területi védőnő neve:**

Munkahelyi telefonszáma: Munkahelyi mobilszáma:

Munkahelyi egyedi e-mail címe:

**Védőnői tájékoztató (Védőnői lelet)**

**3 hónapos 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: Védőnői szűrővizsgálat)*

A gyermek neve:

Születési helye:

Születési ideje:

TAJ száma:

Anyja születési neve:

Lakcíme:

**Védőnői szűrővizsgálat és eredménye**

**TESTI FEJLŐDÉS:**

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

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

BMI percentilis: .....

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

**PSZICHOMOTOROS ÉS MENTÁLIS FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**

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

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

Szokásrend (napirend):  rendben, alakulóban  rendszertelen

Kezeit középen összekulcsolja-e:  igen  nem

Szimmetrikus végtag és testtartása van:  igen  nem

Hason fekve alkarjára támaszkodik, fejét 45 fokban emeli:  igen  nem

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

Ülésbe húzva fejét emeli:  igen  nem

**LÁTÁS VIZSGÁLATA:**

Szemeken látható-e eltérés: **jobb**:  igen  nem **bal**:  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 magatartásváltozással reagál:  igen  nem

Félálomban zajra összerezzen:  igen  nem

Sírása differenciálódik:  igen  nem

Felsíráskor anyja/gondozója hangja megnyugtatja:  igen  nem

Gőgicsél (játszadozik a hangjával): igen  nem

**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