**Védőnői Szolgálat neve:**

Címe:

Körzetazonosítója:

**Területi védőnő neve:**

Munkahelyi telefonszáma: Munkahelyi mobilszáma:

Munkahelyi egyedi e-mail címe:

**Védőnői tájékoztató (Védőnői lelet)**

**2,5 éves korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

*(szükség esetén)*

*[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. Jelzi, ha pisilni, kakilni kell? |  |  |  |  |  |
| 2. El tud rúgni labdát, kavicsot?  |  |  |  |  |  |
| 3. Rövid, 3-4 fokos lépcsőn felfelé váltott lábbal önállóan megy?(„Még nem” a válasz, ha csak kézen fogva megy. „Igen” a válasz, ha önállóan kapaszkodik a korlátba.)  |  |  |  |  |  |
| 4. Kérésre, összepárosít azonos színű tárgyakat?(Pl.. „Hozd ide az ugyanilyen zoknit!”) |  |  |  |  |  |
| 5. Használ 3-4 szavas mondatokat?  |  |  |  |  |  |
| 6. Beszédében használja az: „én, enyém, tiéd” szavakat?  |  |  |  |  |  |
| 7. A „Mit csinál?” kérdésre tud válaszolni?(Pl. „Mit csinál a fiú?”fut, eszik, sír, alszik, stb.) |  |  |  |  |  |
| 8. Amikor más gyermekek játszanak, próbál hozzájuk csatlakozni? |  |  |  |  |  |
| 9. Önállóan, csaknem tisztán eszik/iszik?(Azaz kanállal keveset kilöttyinthet.)  |  |  |  |  |  |
| 10. Megérti, ha kérnek tőle valamit, de mutatással nem segítik? (Pl. „Légy szíves húzd fel a papucsod!” – és a papucsra nem mutatunk „Danika, töröld meg a szádat!” – és szalvétát nem nyújtunk)  |  |  |  |  |  |
| 11. Próbál egyedül öltözködni?  |  |  |  |  |  |
| 12. Képes vékony lapú könyvet, újságot lapozni? |  |  |  |  |  |

1. **Védőnői szűrővizsgálat és eredménye**

**TESTI FEJLŐDÉS:**

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

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

BMI percentilis: .....

**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