

**Odjel školske i sveučilišne medicine NZZJZ PGŽ**

**IZVOD IZ ZDRAVSTVENOG KARTONA (ispunjava odabrani liječnik-pedijatar ili obiteljski liječnik)**

Ime i prezime djeteta: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_ OIB: \_\_\_\_\_ MBO: \_\_\_\_\_

Ime i prezime majke: \_\_\_\_\_ Ime i prezime oca: \_\_\_\_\_

Trudnoća: uredna, ako nije \_\_\_\_\_

Porod: uredan, ako nije \_\_\_\_\_

Porođajna masa (g): \_\_\_\_\_ Porođajna duljina (cm): \_\_\_\_\_

API: \_\_\_\_\_

Psihomotorni razvoj: uredan, ako ne \_\_\_\_\_

Zarazne bolesti (koje i kada ?) \_\_\_\_\_

Kronične bolesti ( vrsta, od kada, terapija)

\_\_\_\_\_

Operacije (koje i kada?) \_\_\_\_\_

Dokazana preosjetljivost na lijekove ili cjepiva: DA – NE

Ako DA, pojasniti \_\_\_\_\_

Alergije: DA – NE Ako da, pojasniti \_\_\_\_\_

Ostala zapažanja u vezi fizičkog i psihičkog razvoja djeteta

\_\_\_\_\_

Da li je dijete kategorizirano? DA – NE Ako DA, roditelj donosi kopiju Rješenja JTV/CZSS.

Podaci o cijepljenju: redovito, ako nije pojasniti \_\_\_\_\_

**(Izvodu priložiti cijepni karton iz zdravstvenog kartona djeteta)**

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_

Potpis liječnika: \_\_\_\_\_