

Информация о здоровье ребенка и согласие родителя на проведение профосмотров и вакцинаций

В интересах защиты здоровья вашего ребенка школьный медработник просит ответить Вас на следующие вопросы. (Данные не разглашаются и не передаются третьему лицу без вашего согласия).

1. Ученик

Имя, фамилия _____

Личный код

Домашний адрес _____

2. Родители

1. Имя, фамилия _____

Телефон _____ Электронный адрес _____

Степень родства мать бабушка опекун
 отец дедушка прочее _____

2. Имя, фамилия _____

Телефон _____ Электронный адрес _____

Степень родства мать бабушка опекун
 отец дедушка прочее _____

3. Как Вы оцениваете здоровье своего ребенка?

очень хорошее удовлетворительное
 хорошее плохое очень плохое

4. Частые жалобы ребенка

жалобы отсутствуют головные боли затрудненное дыхание боли в животе
 беспокойство боли в горле частый насморк отсутствие аппетита
 утомляемость боли в суставах недержание мочи запоры
 прочее (просьба уточнить) _____

5. Имеется ли у ребенка повышенная чувствительность/аллергия

нет
 да (просьба уточнить) _____

6. Имеются ли у ребенка нарушения здоровья или хронические заболевания

нет
 да (просьба уточнить) _____

7. Принимает ли ребенок регулярно лекарства?

нет
 да (просьба уточнить) _____

8. Имеются ли у ребенка какие-то особые потребности?

- Нарушение зрения нет да Носит очки/линзы нет да
Нарушение слуха нет да Пользуется слуховым аппаратом нет да
Расстройство речи нет да Занимается с логопедом нет да
Нарушение двигательной активности нет да Нуждается в помощи/коляске нет да
Прочие (Психосоциальные, поведенческие, связанные с питанием) нет да

(просьба уточнить) _____

9. В интересах здоровья Вашего ребенка о чем бы Вы еще хотели проинформировать школьную медсестру?

10. Семейный врач проводит профилактические осмотры детям 5 и 9 классов в центре семейных врачей. Согласны ли Вы на проведение школьной сестрой плановых профилактических осмотров вашему ребенку в 1, 3, 7 и 10 классах?

- согласен не согласен (просьба указать причину) _____

11. С результатами профилактических осмотров можно ознакомиться на Портале Пациента в инфосистеме здоровья www.digilugu.ee.

12. Ваше согласие на проведение профилактических прививок согласно государственному календарю вакцинаций (SM 02.03.2017 nr 9). Приложение 1: план иммунизации. https://www.riigiteataja.ee/aktilisa/1290/7202/1007/SOM_m45_lisa.pdf#

12 лет – HPV 1,2 (вакцина против вируса папилломы человека, ВПЧ) Только девочкам. Прививка состоит из двух доз. Интервал между 1 и 2 уколom 6–13 месяцев.

- согласен не согласен (пожалуйста уточните причину) _____

13 лет – MMR2 (вакцина от паротита/свинки, кори и краснухи)

- согласен не согласен (пожалуйста уточните причину) _____

15-17 лет – dTap (вакцина от дифтерии, столбняка и коклюша)

- согласен не согласен (пожалуйста уточните причину) _____

13. Согласны ли Вы, чтобы в интересах защиты здоровья Вашего ребенка и в случае необходимости школьная медсестра проинформировала персонал школы (классного руководителя, учителя физкультуры, повара) об особенностях здоровья ребенка?

- согласен не согласен

15. Имя заполнившего анкету

Имя, фамилия _____

Подписано цифровой подписью _____

Благодарим Вас, что нашли время заполнить анкету и надеемся на дальнейшее сотрудничество.

Школьная сестра

Имя _____

Телефон _____

Электронный адрес _____