*8/j. sz. melléklet[[1]](#footnote-1)*

**Védőnői Szolgálat neve:**

Címe:

Körzetazonosítója:

**Területi védőnő neve:**

Munkahelyi telefonszáma: Munkahelyi mobilszáma:

Munkahelyi egyedi e-mail címe:

**Védőnői tájékoztató (Védőnői lelet)**

**2 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. Irányt változtatva futkározik?  |  |  |  |  |  |
| 2. Páros lábbal ugrál? (Pl.: földön, ágyon, vagy alacsony lépcsőfokról, járdaszegélyről leugrik?) |  |  |  |  |  |
| 3. Tornyot épít háromnál több tárgyból, játékból?  |  |  |  |  |  |
| 4. Szívesen firkál homokba, porba, papírra? |  |  |  |  |  |
| 5. Csavaró mozdulatot utánoz? (Pl.: kupakot, doboztetőt próbál lecsavarni?)  |  |  |  |  |  |
| 6. Kétszavas mondatokban beszél?(Pl.: „Apa el”, „Baba be”,” Apa autó”, „Kutya eszik”, „Anya megy”)  |  |  |  |  |  |
| 7. Saját magát bármilyen módon megnevezi?(Pl. baba, Titike) |  |  |  |  |  |
| 8. Testrészeit (legalább ötöt) meg tudja mutatni magán vagy babán, vagy anyán? (Pl. fej, kéz, láb, szem, száj, fül, stb.)  |  |  |  |  |  |
| 9. Gyakran kérdezi-e: „Ez mi?” vagy „Mi ez?”  |  |  |  |  |  |
| 10. Játszik egyszerre két különféle játékkal?(Pl. a babáját játékautóba, babakocsiba, ülteti, ágyba fekteti, játék járművel szállít valamit?. „Még nem” a válasz, ha pl. két kockát csak összekoppintgat!)  |  |  |  |  |  |
| 11. Átérzi mások érzéseit?(Pl. ezért vigasztal, simogat, odaad neki valamit.)  |  |  |  |  |  |
| 12. Jelzi, ha pisis, kakis? |  |  |  |  |  |

1. **Védőnői szűrővizsgálat és eredménye**

**TESTI FEJLŐDÉS:**

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

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

BMI percentilis: .....

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

Biztonságosan, elesés nélkül jár:  igen  nem

Azonos tárgyakat egymásra halmoz: (pl: az összes piros legó):  igen  nem

Nehezen lehet vele kapcsolatot teremteni:  igen  nem

Viselkedése általában kiegyensúlyozott:  igen  nem

Nehezen fogadja el az új helyzetet:  igen  nem

A napirendje kialakult:  igen  nem

**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA:**

A szemmozgás párhuzamos:  igen  nem

Gyakori pislogás van-e:  igen  nem Hunyorít:  igen  nem

**HALLÁS VIZSGÁLATA:**

Nehezen érti a beszédet, különösen, ha a szobában a háttérben zaj van (tv, rádió, beszéd):  igen  nem

Megkeresi-e a hangforrást minden irányba (oldalról, fentről, háta mögül pl. kulcscsörgés):  igen  nem

**BESZÉDFEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**

Beszéde dallamos, énekelni tud:  igen  nem 10-nél több szót használ:  igen  nem

Kérésnél gesztust és hangot kombinál:  igen  nem

**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (lábstatikai problémák, gerincrendellenességek):**

Végtagok alaki eltérése:  van  nincs Végtagok funkcionális eltérése:  van  nincs

Lábdeformitás:  van  nincs Mellkaselváltozás:  van  nincs

Gerincrendellenesség:  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

1. Szakmai, gyakorlati iránymutatás a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre (12004-11/2017/AMF) [↑](#footnote-ref-1)