*8/b. 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 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: 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?igen/nem |
| 1. Háton fekve fejét mindkét irányba forgatja? |  |  |  |  |  |
| 2. Hason fekve fejét megemelve mindkét irányba elfordítja? |  |  |  |  |  |
| 3. Közeli – 25-30 cm-re lévő - arcra, játékra felfigyel? |  |  |  |  |  |
| 4. Arca előtt lassan mozduló játék után néz?  |  |  |  |  |  |
| 5. Beszédhangra akkor is felfigyel, ha a közelében lévő beszélő arcát nem látja?(Pl.: a sírást abbahagyja vagy nyugodt állapotban beszédhangra élénk végtagmozgásokba kezd.) |  |  |  |  |  |
| 6. Ökölben lévő kezeit nyitogatja, azaz ujjait mindkét kezén egyformán nyújtogatja? |  |  |  |  |  |
| 7. Háton fekve kezeit észreveszi? |  |  |  |  |  |
| 8. Elnyújtott hangzókkal gőgicsél?(Pl.: *óóó, ááá, gííí, hemmmm*) |  |  |  |  |  |
| 9. Ha beszél hozzá, szokott visszagőgicsélni? |  |  |  |  |  |
| 10. Mosolyra mosollyal válaszol?(Azaz nyugodt állapotban visszamosolyog, ha mi rámosolygunk?)  |  |  |  |  |  |
| 11. Amikor az anya mellét vagy a cumisüveget látja, van-e jele annak, hogy tudja: most evés következik?(Pl.:.nyugtalanul kapálózik végtagjaival vagy éppen türelmetlenül, sürgetően gőgicsél?)  |  |  |  |  |  |
| 12. Éjszaka többet alszik, mint nappal?  |  |  |  |  |  |

1. **Védőnői szűrővizsgálat és eredménye**

**TESTI FEJLŐDÉS:**

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

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

BMI percentilis: .....

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

**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)