*8/m. 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)**

**4 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. Egyértelműen jobb- vagy balkezes?  |  |  |  |  |  |
| 2. Egy lábon több mint 6 mp-ig megáll? |  |  |  |  |  |
| 3. Megnevezi az alapszíneket? (piros, sárga, zöld, kék, fekete, fehér) |  |  |  |  |  |
| 4. Suttogva adott, egyszerű utasítást végrehajt? (Pl.: „Nyújtsd ide a kezed!”, „Vedd le a zoknidat!”) |  |  |  |  |  |
| 5. Szívesen hallgat mesét?(Azaz érdekli, érti a mesét?)  |  |  |  |  |  |
| 6. Emberábrázolásában felismerhető a fej, törzs és a négy végtag?  |  |  |  |  |  |
| 7. Mesél történeteket, vagy elmeséli az élményeit? |  |  |  |  |  |
| 8. Tud együtt játszani más gyermekekkel?  |  |  |  |  |  |
| 9. Szokott-e úgy csinálni játékból, mintha főzne, autót vezetne stb.? (Pl.: kis edényekben főz kavicsból, homokból, kavargat, öntöget, kezeivel játékból kormányoz stb.) |  |  |  |  |  |
| 10. Meg tudja nevezni érzelmeit, közérzetét?(Pl. szomorú, vidám, fél, mérges, viszket, fáj, éget, szúr, éhes, szomjas, álmos.) |  |  |  |  |  |
| 11. Napi rutinfeladataiban önálló? (Pl.: önállóan fogat mos vagy meg tudja mosni a kezét egyedül, szappannal és vízzel, aztán törölközővel megtörölni vagy tud egyedül öltözni és vetkőzni, kapcsolás, gombolás és cipzárhúzás kivételével.)  |  |  |  |  |  |
| 12. Meg tud mondani az alábbiak közül legalább kettőt: keresztnév, életkor, lakóhely (a város, falu neve), vezetéknév? |  |  |  |  |  |

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:**

A feladatra koncentrál:  igen, hosszan  igen, röviden  nem

Viselkedése általában kiegyensúlyozott:  igen  nem

Nagyon fáradékony:  igen  nem

Érdeklődése beszűkült:  igen  nem

Több/kevesebb ismerete:  igen  nem

Tízig elszámol:  igen  nem, keveri  nem

Nehezen lehet vele kapcsolatot teremteni:  igen  nem

Összetett utasítást megért és végrehajt:  igen  nem

Nehezen fogadja el az új helyzetet: igen  nem (agresszió, visszahúzódás, aktivitás fokozódása)

Csak bizonyos ételeket fogad el: igen, mit?  nem

Alvása nyugtalan: igen, miért  nem

**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA:**

Hunyorít:  igen  nem Rajzolásnál 10 cm-nél közelebb hajol a papírhoz:  igen  nem

Takarás után szeme korrekciós mozgást végez:  igen, jobb  igen, bal  igen, mindkettő  nem

Takarás ellen:  „tiltakozik"  nem „tiltakozik”

Visus:  jobb szem bal szem  nem vizsgálható  nem együttműködő

Sztereolátás:  formákat felismeri  formákat nem ismeri fel  nem vizsgálható  nem együttműködő

Korrigált:  igen, szemüveget visel  igen, szemüveget nem visel  nem

**HALLÁS ÁLLAPOTA (módszer megnevezése):**

jobb: .bal

 nem vizsgálható  nem együttműködő

**BESZÉD FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**

Beszédhiba észlelhető:  igen  nem

Összetett mondatokban beszél:  igen  nem

**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (lábstatikai problémák, gerinc rendellenességek):**

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

Lábdeformitás:  igen  nem

Pes planus:  van, mindkét oldalt  van, egyik láb kifejezett  nincs

Mellkaselváltozás:  igen  nem Hanyagtartás:  igen  nem

Gerincrendellenesség:  igen  nem

**VÉRNYOMÁSMÉRÉS EREDMÉNYE:** ………………… / …………. Hgmm  Nem közreműködő

**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)