*8/d. 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 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-e?  igen/nem |
| 1. Ha hasra fekteti, fejét felemelve, alkarján támaszkodik? |  |  |  |  |  |
| 2. Hátáról az oldalára fordul? |  |  |  |  |  |
| 3. Hason fekve a körülötte lévő játékért hol az egyik, hol a másik kezével *egyformán* nyúl? |  |  |  |  |  |
| 4. Tekintetével és fejfordítással minden irányba követi a mozgó tárgyat?  (Azaz oldalra, fel- és lefelé egyaránt képes erre?) |  |  |  |  |  |
| 5. Kezeit középen összefogva szájához viszi? |  |  |  |  |  |
| 6. Háton fekve vagy félig ülő helyzetben tartva a középről nyújtott tárgyakért mindkét kézzel *egyformán* nyúl? |  |  |  |  |  |
| 7. Mindkét kezével *egyformán* markolászik? (pl.: hajat, ruhát vagy takarót) |  |  |  |  |  |
| 8. A kezébe adott csörgőt megtartja, és bizonyos idő után mindkét keze el tudja engedni? |  |  |  |  |  |
| 9. Mosolyog vagy hangot ad annak érdekében, hogy ráfigyeljenek? |  |  |  |  |  |
| 10. Hason fekve 10-15 percet önállóan eljátszik? |  |  |  |  |  |
| 11. Ébren, nyugalomban külső inger (pl. hirtelen zaj, gyors közeli mozdulat, érintés) nélkül is gyakran összerezzen? |  |  |  |  |  |
| 12. Hason fekve az oldalról nyújtott játékért a másik kezével átnyúl?  (Azaz a jobbról nyújtott tárgyat is csak bal kezével fogja meg vagy fordítva?) |  |  |  |  |  |

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)