

Горњи Милановац
Назив здравствене установе
Број здравственог картона детета

ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ I ПОПУЊАВА РОДИТЕЉ

Презиме и име детета _____ Година рођења _____
Име оца (мајке) _____ Занимање _____
Адреса _____ Телефон/мобилни _____/_____
Школа Основна школа „Десанка Максимовић“

Наведите да ли Ваше дете болује од шећерне болести, епилепсије, месечартва, хемофилије, астме, срчаног обољења, болести зависности (подвући), није наведено а од значаја је :

Наведите терапију коју Ваше дете узима (назив лека, доза) _____

_____ године

Датум

Потпис родитеља

II ПОПУЊАВА ОРДИНИРАЈУЋИ ЛЕКАР

ПРЕГЛЕД ПРЕ ПОЛАСКА

Акутна обољења на дан прегледа :

Алергија на лек / храну :

Датум последње вакцинације против
тетануса : _____

Хроничне незаразне болести од већег
социомедицинског значаја*/ терапија (назив
лека, доза) :

Дете је здраво и способно за одлазак
на: _____

Датум

Лекар

III Попуњава лекар пратилац / лекар у месту боравка детета

ПРЕГЛЕД У ТОКУ БОРАВКА

Анамнеза : _____

Статус: _____

Дијагноза (обољење / повреда):

Ординирана терапија :

Упућено у здравствену установу
(назив установе, датум и час)

Враћено кући (датум и час)

Датум

Лекар

*мисли се пре свега на: шећерна болест, епилепсија, месечарство, хемофилија, астма, срчана обољења, болести зависности.