

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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Вртић/школа \_\_\_\_\_

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 уместу 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.