**KARTA ZDROWIA MIESZKAŃCA INTERNATU**

**PRZY LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM NIEPUBLICZNYM**

**KOLEGIUM ŚW. STANISŁAWA KOSTKI**

1. Dane osobowe dziecka

Imię i nazwisko dziecka…………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia………………………………………………………………………...

Imiona rodziców………………………………………………………………………………...

Nr PESEL dziecka ……………………………………………………………………………..

Adres ……………………………………………………………………………………………

Telefon komórkowy rodziców: Mama …………………………………………………………

Tata ……………………………………………………………………………………………

2. Informacje rodziców dotyczące zdrowia dziecka

(\* niepotrzebna skreślić)

2.1. Waga …………….wzrost……………….

2.2. Moje dziecko:

- jest / nie jest\* leczone z powodu: ……………………………………………………………

- jest / nie jest\* pod stałą opieką poradni (jakich) ………………………………………………

- przyjmuje stale leki tak / nie\* (proszę podać dawki i częstotliwość)

…………………………………………………………………………………………………

- nosi okulary tak / nie\*

- nosi soczewki kontaktowe tak / nie\*

- nosi aparat ortodontyczny tak / nie\*

- nosi wkładki ortopedyczne tak / nie\*

- nosi inne aparaty tak / nie\* (proszę podać jakie) …………………………………………..

 - jazdę samochodem / autobusem znosi dobrze / źle\*

2.3. Moje dziecko często skarży się na:

- bóle głowy tak / nie\*

- zawroty głowy tak / nie\*

- bóle brzucha tak / nie\*

- bóle kręgosłupa tak / nie\*

- inne dolegliwości tak / nie\* (jakie) ………………………………………………………………………………………………..…

2.4. W ciągu ostatniego roku moje dziecko przebywało w szpitalu tak / nie\* (jakim i z jakiego powodu)

………………………………………………………………………………………………

2.5. Czy kiedykolwiek zdarzyły się dziecku:

- omdlenia tak / nie\*

- napady drgawkowe tak / nie\*

- utrata przytomności tak / nie\*

- moczenie nocne tak / nie\*

- duszności tak / nie\*

- częste wymioty tak / nie\*

- zaburzenia równowagi tak / nie\*

- krwotoki z nosa tak / nie\*

- przewlekły kaszel tak / nie\*

- szybkie męczenie się tak / nie\*

- lęki tak / nie\* (jakie)…………………………………………………………………………...

- reakcje alergiczne na pokarm tak / nie\* (proszę podać na jakie pokarmy, jaka jest reakcja alergiczna i jakie dziecko przyjmuje wtedy leki) ………………………………………………

- reakcja alergiczna na leki tak / nie\* (proszę podać na jakie leki, jaka jest reakcja alergiczna i jakie dziecko przyjmuje

wtedy leki) ……………………………………………………………………………………..

2.6. Przebyte choroby (podkreślić jakie i podać rok): ospa ………….,

ospa wietrzna ……………, półpasiec ……………., różyczka ……………., odra …………, świnka ……………, krztusiec …………, żółtaczka zakaźna …………., dur brzuszny …….., inne …………………………………………………………………………………….……...

2.7. Moje dziecko choruje na:

- nadciśnienie tak / nie\*

- cukrzycę tak / nie\*

- padaczkę tak / nie\*

- wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) tak / nie\*

- wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV) tak / nie\*

- AIDS tak / nie\*

- chorobę serca tak / nie\* (jaką) ……………………………………………………….……..

- chorobę układu nerwowego tak / nie\* (jaką) ……………………………………………….

- chorobę nerek tak / nie\* (jaką) ……………………………………………………………...

- chorobę układu moczowego tak / nie\* (jaką) ………………………………………………

- zaburzenia hormonalne tak / nie\* ………………………………………………………......

- inną chorobę tak / nie\* (jaką) ………………………………………………………………

Własnoręcznym podpisem zaświadczam, że podałem/łam wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia mojego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie jego pobytu w Polsce i zamieszkania w wyżej wymienionym Internacie.

……………………………………… …………………………………………

 data i czytelny podpis data i czytelny podpis

 matki/opiekunki prawnej ojca/opiekuna prawnego

3. Informacje o szczepieniach (wypełnia pielęgniarka lub rodzice załączają odpis z książeczki zdrowia z aktualnymi szczepieniami, przetłumaczony na język polski, poświadczony notarialnie)

Szczepienia ochronne (podać rok):

 - wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) ………………..

- wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV) …………………

- tężec ………………

- błonica ………………

- dur …………………

- inne ………………………………………………………………………………………….

.................................................................... ....................................................................

 miejscowość i data podpis pielęgniarki

4. Opinia lekarza

Stwierdzam, że ze względów zdrowotnych dziecko - imię i nazwisko dziecka

…………………………………………………………………………………………………..

w czasie pobierania nauki w Liceum Ogólnokształcących Niepublicznym Kolegium św. Stanisława Kostki w Warszawie może zamieszkiwać w przynależącym do Liceum Internacie.

Stwierdzam, że stan zdrowia dziecka nie zagraża zdrowiu i życiu mieszkańców i wychowawców Internatu.

.................................................................... ....................................................................

 miejscowość i data podpis i pieczątka lekarza