4. melléklet a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelethez

Adatlap a fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére

Adatszolgáltatásra kötelezett a gyermek házi-(gyermek) orvosa a területi védőnő által szolgáltatott információk felhasználásával.

Kitöltése kötelező 5 éves életkorban. Az adatlap az iskolaegészségügyi dokumentáció része.

SZEMÉLYI ADATOK			
Gyermek neve:			
Születési ideje:	év hó nap	Helye:	
TAJ száma:		Anyja neve:	
Lakcíme/tartózkodási helye:	..... ir. sz. ..... (település) ..... (utca, hsz.)		

ANAMNÉZIS			
Családi anamnézis *(pozitív: +, negatív: -)*			
Ideg- elmebetegség		Alkoholizmus, drogfüggőség	
Mentális retardáció		Érzékszervi károsodás	
Tanulási akadályozottság		Egyéb jelentős mentális betegség	
Pszichomotoros és mentális fejlődést veszélyeztető környezeti tényező[1]			
nincs	van, éspedig:		
Újszülöttkori anamnézis *(aláhúzással kérnénk jelölni)*			

A terhesség lefolyása	normális	veszélyeztetett	szövődményes
Gesztációs hetek:	.....	Születési súly:	..... gramm
APGAR:	...1, ...5	Születési hossz:	..... cm
		Fejkörfogat:	..... cm
A szülés módja:	normál fejvégű	normál farfekvéses	normál iker
Komplikált, éspedig:	császármetszés	fogó	vákum
Szülési sérülés:	nem történt	történt	
Újraélesztés:	nem történt	történt	
Újszülöttkori betegségek	gépi lélegeztetést igénylő légzészavar	sárgaság	hypoglikémia
	neurológiai kórjelek	egyéb (pl.: ismert szindróma)	

Újszülöttkori szűrővizsgálatok	Anyagcsere				nem történt		normál	kóros
	Csípő	nem történt	normál	kóros	Hallás	nem történt	normál	kóros

Anamnézis csecsemő- és kisgyermekkorban, krónikus betegség vagy állapot miatti gondozás, fejlesztés adatai *(ismert: +, nem ismert: -)*

Állapot	Diagnózis ismert (BNO) nem ismert	Történt-e speciális ellátás[2,3]	**Állapot**	Diagnózis ismert (BNO) nem ismert	Történt-e speciális ellátás[2,3]
Eszméletvesztéssel, görcsel járó állapot			Látáskárosodás[2] Hallászkárosodás[2]		
Központi idegrendszer egyéb betegsége			Krónikus betegség[2]		
Pszichomotoros/ mentális fejlődést zavar			Egyéb (pl. baleset, műtét, kromoszóma rendellenesség, anyagcserezavar)		

FIZIKÁLIS STÁTUSZ 5 ÉVES KORBAN *(Egyben az életkorhoz kötött kötelező státuszvizsgálatnak is megfelel.)*					
Súly	..... kg	Magasság	..... cm	Súly percentilis	
Fejkörfogat	..... cm	Mellkörfogat	..... cm	Magasság percentilis	
Minor anomália		nincs ☐	van ☐	éspedig:	
Fejlődési rendellenesség		nincs ☐	van ☐	éspedig:	
Bőr			Nyálkahártya		

Nyirokcsomók		Orr, garat	
Fogazat		Csontrendszer/ koponyaforma	
Testtartás		Izomtónus	
Szív		Keringés	
Vérnyomás		Tüdő	
Has		Máj	
Lép		Húgy-ivarszervek	
Látásélesség		Hallás	
Idegrendszer (reflexek)			

Pszichomotoros, értelmi és szociális fejlettség értékelésére javasolt, az iskolai felkészüléshez szükséges életkori jellemzők *(eltérés van: +, eltérés nincs: -)*

A területi védőnő által vezetett dokumentáció alapján töltendő ki	Eltérés van / nincs	Utalta-e kezelésre/ fejlesztésre	Történt-e kezelés/ fejlesztés
Nagymotoros fejlettség Javasolt próbák: ügyesen mászik (mászókára, fára); féllábon, rövid ideig egyensúlyoz; féllábon ugrál; hintát hajt			
Finom mozgások Javasolt próbák: gombot begombol; rajza felismerhető, emberrajzán a fejen kívül 5 testrész van			
Értelmi fejlettség Javasolt próbák: 5 kockát megszámol; alapszíneket megnevez; saját nevét, nemét, életkorát tudja; konstrukciós és szerepjátékokat játszik; képes 15-20 percig egy játékkal játszani			
Beszédfejlettség Javasolt próbák: beszéde jól érthető, összetett mondatokban beszél, rövid történetet elmesél, ritkán megnevezett testrészeit (váll, könyök, térd) megmutatja; lent, fent fogalmat helyesen használja			
Szociális fejlettség Javasolt próbák: több gyermekkel együtt játszik; szabályokat elfogad, a kapott feladatot megérti, elfogadja, teljesíti			
Önellátás Javasolt próbák: kevés segítséggel önállóan öltözik; önállóan étkezik; szobatisztasága kialakult			

Kezesség *(aláhúzni)*	jobbkezes		balkezes	kétkezes
Óvodába jár	2 éve	1éve	kevesebb, mint 1 éve	nem jár

Megjegyzés (összegzés a gyermek fejlettségéről):

Beiskolázási záradék (aláhúzással kérnénk jelölni):

Kóros elváltozás nem észlelhető

További vizsgálat/ fejlesztés szükséges

Ennek oka: _____ módja _____

Szülő/gondviselő tudomásul vette (aláírás) _____

Kelt: év ☐☐☐☐ hó ☐☐ nap ☐☐

.....

aláírás, pecsét