

# ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ УЧЕНИКА

Назив здравствене установе \_\_\_\_\_  
Број здравственог картона детета \_\_\_\_\_

## ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ 1. ПОПУЊАВА РОДИТЕЉ

Презиме и име детета \_\_\_\_\_

Година рођења \_\_\_\_\_

Име оца (мајке) \_\_\_\_\_

Занимање \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

Тел./моб. \_\_\_\_\_

Наведите да ли дете болује од шећерне болести, епилепсије, месечарства, хемофилије, астме, срчаног обољења, болести зависности (заокружити)

Наведите терапију коју дете користи (назив лека и доза)

Датум \_\_\_\_\_

Потпис родитеља \_\_\_\_\_

## 2. ПОПУЊАВА ОРДИНИРАЈУЋИ ЛЕКАР

### ПРЕГЛЕД ПРЕ ПОЛАСКА

Актуелна обољења на дан прегледа \_\_\_\_\_

Алергија на лек/храну \_\_\_\_\_

Датум последње вакцинације против тетануса \_\_\_\_\_

Хроничне незаразне болести одвећег социомедицинског значаја терапија (назив лека и доза)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дете је здраво и способно за одлазак на екскурзију.

Датум \_\_\_\_\_

Лекар \_\_\_\_\_

## 3. ПОПУЊАВА ЛЕКАР ПРАТИЛАЦ-ЛЕКАР У МЕСТУ БОРАВКА ДЕТЕТА

### ПРЕГЛЕД У ТОКУ БОРАВКА

Анамнеза  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Статус  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ординирајућа терапија  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Упућено у здравствену установу (назив установе, датум, час)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Враћено кући (датум и час)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_

Лекар \_\_\_\_\_