

## Zdravstveni upitnik za upis učenica u učenički dom Marije Jambrišak

Dragi roditelji!

Upitnik je namijenjen kako bismo prikupili informacije o zdravstvenom stanju Vašeg djeteta radi pružanja kvalitetne skrbi u vrijeme smještaja učenice u Domu.

Molimo Vas da iskreno odgovarate na pitanja što je i vama i nama u interesu, a navedeni podaci će se koristiti isključivo samo radi pružanja skrbi vašem djetetu.

1. IME I PREZIME UČENICE \_\_\_\_\_
  2. DATUM I MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_
  3. ADRESA \_\_\_\_\_
  4. ŽUPANIJA \_\_\_\_\_
  5. OIB \_\_\_\_\_
  6. UPISANA U SREDNJU ŠKOLU \_\_\_\_\_ RAZRED \_\_\_\_\_
- Mob: UČENICE \_\_\_\_\_

### OBITELJSKA ANAMNEZA

1. IME MAJKE/SKRBNICE \_\_\_\_\_  
ZANIMANJE \_\_\_\_\_  
ŠKOLSKA SPREMA osnovna-srednja-viša-visoka \_\_\_\_\_  
TELEFON \_\_\_\_\_ MOB. \_\_\_\_\_
  2. IME OCA/SKRBNIKA \_\_\_\_\_  
ZANIMANJE \_\_\_\_\_  
ŠKOLSKA SPREMA osnovna-srednja-viša-visoka \_\_\_\_\_  
TELEFON \_\_\_\_\_ MOB. \_\_\_\_\_
  3. RODITELJI ŽIVE: zajedno-rastavljeno-odvojeno-umrli(otac/majka) \_\_\_\_\_
  4. UČENICA IMA : BRAĆA \_\_\_\_\_  
SESTRE \_\_\_\_\_
  5. KRONIČNE BOLESTI U OBITELJI: Dijabetes \_\_\_\_\_  
Hipertenzija \_\_\_\_\_  
Artritis \_\_\_\_\_  
Epilepsija \_\_\_\_\_  
Srčana oboljenja \_\_\_\_\_  
Duševne bolesti \_\_\_\_\_
- NEKE DRUGE BOLESTI (navesti) \_\_\_\_\_

6. OBITELJ UČENICE U TRETMANU CENTRA ZA SOC.SKRB

Ne/ da-razlog \_\_\_\_\_

## OSOBNANAMNEZA UČENICE

1. Porod učenice: uredan-uranjen-težak \_\_\_\_\_

2. Menstruacija: a) prva menstruacija(menarhe) s koliko godina \_\_\_\_\_

b) redovita-neredovita-bolna-obilna-pod terapijom \_\_\_\_\_

c) koju terapiju uzima \_\_\_\_\_

d) da li je bila na pregledu ginekologa \_\_\_\_\_

3. Boluje li učenica od alergije , (zaokružite)

DA NE

4. Ukoliko ste na prethodno pitanje odgovorili DA, molimo Vas upišite na crtu što:

LIJEKOVE \_\_\_\_\_

HRANU \_\_\_\_\_

PRAŠINU \_\_\_\_\_

TRAVU \_\_\_\_\_

UBODE INSEKATA \_\_\_\_\_

DEZINFEKCIJSKA SREDSTVA \_\_\_\_\_

OSTALO \_\_\_\_\_

5. Boluje li učenica od kronične bolesti

DA, koje? \_\_\_\_\_ NE

6. Boluje li Vaše dijete od nekih navedenih bolesti/poremećaja (zaokružite)

1. ASTMA

7.CELIJAKIJA

2. ŠEĆERNA BOLEST

8. GLAVOBOLJA (MIGRENA)

3. BULIMIJA

9. BOLESTI ŠTITNJAČE \_\_\_\_\_

4. ANOREKSIJA

10. BOLESTI KRALJEŽNICE \_\_\_\_\_

5. DEPRESIJA

11. EPILEPSIJE

6. ADHD

12.OSTALO

7. Koristi li učenica terapiju

DA / NE

8. Ukoliko učenica koristi terapiju molimo vas navedite :

a) trajno, koju? \_\_\_\_\_ način primjene \_\_\_\_\_

b) privremeno \_\_\_\_\_ način primjene \_\_\_\_\_

c) trenutno \_\_\_\_\_ način primjene \_\_\_\_\_

9. Ima li učenica poteškoća sa vidom ?

DA, koje \_\_\_\_\_ NE

10. Ima li učenica poteškoća sa sluhom?

DA, koje \_\_\_\_\_ NE

11. Učenica JE- NIJE doživjela fizičku traumu/povredu, nezgodu

Navedite kakvu i u kojoj godini života

---

12. Učenica JE-NIJE doživjela psihičku traumu

Navesti kakvu i u kojoj godini života

---

13. Učenica ima slijedeće smetnje:

a) tikovi DA/NE \_\_\_\_\_ (koji?)

b) često teže glavobolje

c) noćno mokrenje

d) grickanje noktiju

e) škripanje zubima (bruksizam)

f) ostalo \_\_\_\_\_

14. San učenice je :

a) normalan, miran                      b) lako se budi

c) u snu govori, viče                      d) hoda u snu

15. Opći dojam o učenici

- a) mršavost b) pretjerana debljina c) plačljivost
  - d) pretjerana živost e) stidljivost f) dobra snalažljivost i prilagodljivost
  - g) eventualni ostali dojmovi
- 

16. Ima li učenica emocionalnih poteškoća

DA, kojih? \_\_\_\_\_ NE

17. Je li do sada učenica bila na terapiji kod psihologa, logopeda, defektologa, psihijatra

DA NE

18. Ukoliko ste na prethodno pitanje odgovorili DA, je li učenica još uvijek u tretmanu kod nekih odvedenih stručnjaka.

DA, kojem \_\_\_\_\_ NE

19. Prehrambene navike Vašeg djeteta

- a) redovito uzima obroke (doručak, ručak, večera)
- b) preskače obroke
- c) izbirljiva je u izboru hrane
- d) neke posebnosti u ishrani (vegetarijanska prehrana, vegan...isl.)
- e) ostalo \_\_\_\_\_

20. Podaci o izabranom liječniku obiteljske medicine

IME I PREZIME \_\_\_\_\_

BROJ TELEFONA ORDINACIJE \_\_\_\_\_

21. Podaci o izabranom stomatologu

IME I PREZIME \_\_\_\_\_

BROJ TELEFONA ORDINACIJE \_\_\_\_\_

22. Podaci o izabranom ginekologu

IME I PREZIME \_\_\_\_\_

BROJ TELEFONA ORDINACIJE \_\_\_\_\_

22. U hitnim slučajevima koga kontaktirati

a) majku

b) oca

c) skrbnika

d) udomitelja

e) nekog drugog \_\_\_\_\_

20. Ukoliko smatrate kako je još nešto potrebno napomenuti za zdravstvenu skrb Vašeg djeteta molimo vas da napišete

---

---

---

---

---

---

Točnost podataka roditelj ili skrbnik potvrđuju svojim potpisom.

U Zagrebu, \_\_\_\_\_

Zahvaljujemo na suradnji!

POTPIS RODITELJA/STARATELJA