

J E L E N T É S
az iskolaegészségügyi munkáról
20 _____ /20 _____ tanév (IX.1.-VIII. 31.)

Adatszolgáltatók: valamennyi iskolai (óvodai) egészségügyi feladatot ellátó orvos, védőnő

01 oktatási intézmény neve: _____ 01.1 OM azonosító: TH kód: 02 Típusa:
általános iskola (2), gimnázium (3) szakközépiskola (4), szakiskola (5),
speciális általános iskola (7), speciális szakiskola(8), egyéb oktatási intézmény (9)03 Cím: _____ város, község _____ utca _____ hsz.
főv. kerület

04 KSH tölti ki

Azonosító A megye megnevezése: _____ kódja Küldendő: 1 példányban az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központnak
(Az adatszolgáltatást online módon várjuk, tehát NEM papíron, NEM email üzenet
mellékleteként, NEM floppyn és NEM CD/DVD lemezen!)

Beérkezési határidő: az iskolaévet követő szeptember 15.

Adatszolgáltató
orvos neve:
(nyomtatott betűvel) _____o.ny. száma:

beosztása: _____

telefonszáma: _____

aláírása: _____

Adatszolgáltató
védőnő neve:
(nyomtatott betűvel) _____azonosító száma:

elérési címe: _____

telefonszáma: _____

aláírása: _____

Dátum: _____

P.H.

**Fontos!
Figyelmeztetés!**

Az „A” tábla kitöltésével kapcsolatban, bővebb információt a program útmutatójában talál.
Az adatszolgáltatást online módon várjuk, tehát **NEM papíron, NEM email üzenet mellékleteként, és NEM floppy, CD/DVD lemezen!**

A TÁBLA

Az intézménybe beíratottak összes száma október 1-jén

Oktatási intézményt ellátó pszichológus:

Oktatási intézményt ellátó szociális munkás:

Orvosi jelentés

B TÁBLA

Az adatszolgáltatásért felelős orvos: főfoglalkozású (iskola) ifjúsági orvos (1), házi gyermekorvos (2), házi orvos (3), részfoglalkozású belgyógyász (4), részfoglalkozású gyermekgyógyász (5), egyéb részfoglalkozású orvos (6)

		06 Az összes orvosi vizsgálat száma	<input type="text"/>
Közülük gondozást igényel 02 -szomato-mentális okból	<input type="text"/>	07 A megvizsgáltak közül szakorvosi vizsgálatra utalt tanulók száma	<input type="text"/>
		Ebből gyanú igazolódott	<input type="text"/>
03 -Szociális okból	<input type="text"/>	08 Pályaalkalmassági célból	<input type="text"/>
04 Az intézményben balesetet szenvedők száma	<input type="text"/>	09 Szakorvosi vizsgálatra utaltak beutalóinak száma	<input type="text"/>
05 Az adott tanévben orvos által megvizsgált tanulók száma /szűrővizsgálatok/	<input type="text"/>	10 Védőoltások száma	<input type="text"/>
		11. Preventív tevékenység -egészségvédelmi előadások száma -személyes tanácsadás	<input type="text"/>

7.	diabetes mellitus	E.10	22														
	golyva	E.01, E.02	23														
	obesitas	E.66	24														
	kóros soványság	E.46	25														
	növekedés elmaradása	E.23. E.45	26														
8.	anaemia	D.50-D.64	27														
9.	asthma	J.45	28														
	allergiás rhinitis	J.30.1-30.4	29														
	atopias, allergiás bőr és nyálkahártya jelenségek	L.20-30, T.78.3	30														
10.	szomatiform zavarok	F.45.	31														
	evési és alvási zavarok	F50. F.51	32														
	iskolai teljesítmény sajátos zavarai	F.81	33														
	magatartási és emocionális zavarok	F.90-99	34														
11.	epilepszia	G.40	35														
	agyi bénulás és egyéb bénulásos szindrómák	G.80-G83	36														
Összesen (3-36 sor)			99														

1.) Csont, izom kötőszövet, 2.) Látászavarok, 3.) Hallászavarok, 4.) Keringési rendszer, 5.) Emésztő rendszer, 6.) Húgyivarrendszer, 7.) Endokrin, táplálkozás, anyagcsere, 8.) Vér és vérképző rendszer, 9.) Allergiás megbetegedések, 10.) Organikus és szimptomatikus mentális zavarok, 11.) Idegrendszer

E tábla

Sorszám	Szűrővizsgálatok	Az intézménybe beíratottak száma október elsején összesen	Az összes megvizsgáltak száma (fő)	Összes szűrésre kötelezettből megvizsgáltak száma (fő)	Összes kiszűrtek száma (fő)	A szűrésre kötelezettek száma (fő)	A szűrésre kötelezettek közül a kiszűrtek száma (fő)	Összes kiszűrtek száma (fő)	Az iskola/háziorvoshoz küldött gyermekek közül az orvos igazolta a felmerült gyanút (fő)	Kiszűrtek közül gondozásban vett gyermekek száma (fő)
2., 4., 6., 8., 10., 12. évfolyamról										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Testtömeg									
2.	Testi fejlettség > 90 percentil									
3.	Testi fejlettség < 3 percentil									
4.	Testmagasság									
5.	Látásélesség									
6.	Színlátás *									
7.	Hallás vizsgálat									
8.	Pajzsmirigy tapintásos vizsgálata *									
9.	Mozgásszervek									
10.	Vérnyomás									
11.	Általános személyi higiéné									
12.	Tetvesség vizsgálat									
	Összesen									

* Kitöltési útmutató alapján

