

Poštovani roditelji!

Prije upisa u 1. razred osnovne škole potrebno je obaviti pregled u ambulanti **školske medicine**, Zavod za javno zdravstvo Vukovarsko - srijemske županije, **Zvonarska ul. 57 e, Vinkovci**, tel: 370-901; e-mail: skolskavk@zzjz-vs.hr.

- **OŠ Josipa Kozarca Vinkovci, OŠ Ivana Gorana Kovačića Vinkovci, OŠ Vladimira Nazora Vinkovci, OŠ Ivana Mažuranića Vinkovci, OŠ Nikole Tesle Mirkovci, OŠ August Cesarec Ivankovo, OŠ Stjepana Antolovića Privlaka, OŠ Ane Katarine Zrinski Retkovci**: pregled se obavlja na adresi **Zvonarska 57E, Vinkovci**

Na pregled je potrebno **donijeti ispunjeni upitnik za roditelje i perinatalni obrazac, zdravstvenu iskaznicu, cjepnu iskaznicu, medicinsku dokumentaciju ako dijete boluje od kakve teže bolesti, uzima lijekove ili je bilo na operativnom zahvatu te obrazac "Zubna putovnica"** kojeg je potrebno prethodno pribaviti od liječnika dentalne medicine.

Upute za laboratorijske pretrage (vađenje krvi i pretraga urina)

Prije pregleda biti ćete obavješteni o terminima za vađenje krvi i pretragu urina.

Laboratorij DZ Vinkovci: Kako biste izbjegli gužvu i smanjili mogućnost kontakta s bolesnim pacijentima, **budući prvašići dolaze na vađenje krvi (DZ Vinkovci) u vremenu od 11 do 12 sati**.

Urin u laboratorij (DZ Vinkovci) se može donijeti u sterilnoj bočici koju možete kupiti u ljekarni. Za analizu hemoglobina i ukupnog kolesterola vadi se krv iz vene, a dan ranije preporuča se nemasna prehrana.

Napomena: E-uputnica za vađenje krvi i analizu urina vrijedi jedan mjesec, a izdaje ju nadležni liječnik školske i adolescentne medicine. Nalaze krvi i urina laboratorij će elektronski proslijediti školskoj medicini. U slučaju da zbog djetetove bolesti ne uspijete unutar mjesec dana izvaditi krv, liječnik će izdati novu e-uputnicu za vađenje krvi i analizu urina.

UPITNIK ZA RODITELJE PRI UPISU DJECE U PRVI RAZRED

OPĆI PODATCI:

Škola koju upisuje:				
Ime i prezime djeteta:			Spol M/Ž	
Datum i mjesto rođenja:			OIB	
Adresa stanovanja:				
Kontakt roditelja: Telefon		Mobitel:	Email:	
Ime i prezime majke:			Godina rođenja:	
Zanimanje majke:			Stručna sprema (OŠ, SŠ, VŠS, VSS):	
Ime i prezime oca:			Godina rođenja:	
Zanimanje oca:			Stručna sprema (OŠ, SŠ, VŠS, VSS):	
Bračno stanje roditelja:		Dijete živi s: oba roditelja ili		
Braća / sestre godina rođenja				
Da li netko u obitelji (roditelji, braća, sestre , bake i djedovi boluje od kroničnih bolesti (<i>povišen krvni tlak, srčane bolesti, šećerna bolest, karcinomi, autoimune bolesti, plućne bolesti, alergije, psihičke bolesti ili neke druge kronične bolesti</i>) NE/DA Ako DA navedite tko i od koje bolesti:				
IZ ANAMNEZE				
Trudnoća po redu:.....	Porod u..... tj.	Porođajna težina	Porođajna dužina.....	Apgar/10
Kada je dijete: Prohodalo..... Progovorilo prve riječi..... Prve rečenice..... Prestalo nositi pelene.....				
Da li dijete sve jede, ima alergiju ili preosjetljivost na neku namirnicu?				
Boluje li dijete od kroničnih bolesti ? NE/DA (od kojih)				
Uzima li dijete neke lijekove? NE/DA (koje)				
Ima li dijete alergije? NE/DA (koje)				
Da li je dijete preboljelo neku dječju zaraznu bolest? Ako DA, navedite koju:				
Da li je dijete upućivano: Logopedu DA/NE			Psihologu DA/NE	
Da li je dijete pohađa vrtić ili „malu školu“ i koliko dugo?				
Da li imate kakvu napomenu o ponašanju Vašeg djeteta?				
Datum ispunjavanja:			Potpis roditelja:	

PERINATALNI OBRAZAC

IME I PREZIME DJETETA: _____

Tko dovodi dijete na pregled: _____

Pohađao/la vrtić _____ godina

Zapažanja teta u vrtiću: _____

Zapažanja roditelja o predškolskom periodu: _____

Trudnoća po redu: _____

Porod u _____ tjednu trudnoće, protekao: _____

Porodajna težina: _____ g

Porodajna duljina: _____ cm

APGAR: _____

Da li je dijete imalo žuticu u rodilištu?

DA / NE

Da li je dijete bilo bolesno u 1.mj. života?

DA* / NE

*Ako jest, od čega je bolovalo? _____

Da li je dijete bilo bolesno u prvog godini života
(dojenačko doba)? Ako jest, od čega je bolovalo:

Koliko je dijete dugo dojeno: _____

1. zubići sa _____ mj.

Sjedi bez oslonca sa _____ mj

1. riječi sa _____ mj.

1. rečenice sa _____ mj.

Prohodao/la sa _____ mj.

Pelene nosilo do _____ godine

Dijete je: dešnjak / ljevak

Popije _____ dcl mlijeka / dan

Ima _____ mesnih obroka / tjedan

Ima _____ kuhanih obroka / dan

Ima _____ hladnih obroka / dan

Bavi li se sportom DA / NE _____

glazbom DA / NE _____

Uči strani jezik DA / NE _____

Preboljene bolesti do polaska u školu: _____

Alergije na: hranu DA / NE _____

lijekove DA / NE _____

ostalo DA / NE _____

Potpis roditelja: _____

