

## OBAVIJEST ZA RODITELJE

**Molimo da obavezno popunite zdravstveni upitnik i time potvrdite primitak ove obavijesti.**

Preventivni pregledi za cilj imaju praćenje rasta i razvoja te kontrolu zdravstvenog stanja djeteta. Ranim otkivanjem poremećaja osigurava se pravodobno liječenje, primjerena podrška u školskom okruženju i prevencija pogoršanja zdravstvenog stanja.

Sistematski pregled u 8. razredu obuhvaća:

- mjerenje tjelesne visine i težine
- ispitivanje vidne oštrine
- mjerenje krvnog tlaka i pulsa
- skrining na poremećaje mentalnog zdravlja
- cjeloviti somatski pregled
- obavezno cijepljenje protiv Difterije, Tetanusa i Dječje paralize
- mogućnost cijepljenja protiv infekcija uzrokovanih HPV-om

*U svrhu osiguravanja što bolje preventivne zdravstvene zaštite vaše djece, molimo da obavezno ispunite upitnik prethodno sistematskom pregledu vašeg djeteta:*

IME DJETETA \_\_\_\_\_ PREZIME DJETETA \_\_\_\_\_  
IME ŠKOLE \_\_\_\_\_ RAZRED \_\_\_\_\_  
E-MAIL RODITELJA \_\_\_\_\_ BROJ TELEFONA RODITELJA \_\_\_\_\_

Boluje li dijete od kronične bolesti?

Ne

Da, koje \_\_\_\_\_

Uzima li dijete redovito neki oblik terapije/lijekova?

Ne

Da, koje \_\_\_\_\_

Je li dijete bilo hospitalizirano ili obrađivano od posljednjeg sistematskog pregleda školskog liječnika?

Ne

Da, zbog

čega \_\_\_\_\_

Postoje li kod djeteta potvrđene ili nepotvrđene alergije?

Ne

Da, na

što \_\_\_\_\_

Povratna informacija školskom liječniku vezano uz cijepljenje protiv HPV-a (*informacije o cijepljenju protiv HPV-a u prilogu*)

- Slažem se da moje dijete primi cjepivo protiv infekcije HPV-om
- Ne slažem se moje dijete primi cjepivo protiv infekcije HPV-om
- Trebam više informacija o cjepivu protiv infekcije HPV-om i doći ću u pratnji deteta na termin pregleda

Vaše ime i prezime \_\_\_\_\_