

Poštovani roditelji!

Prije upisa u 1. razred osnovne škole potrebno je obaviti pregled u ambulanti **školske medicine**, Zavod za javno zdravstvo Vukovarsko - srijemske županije, **Jakova Gotovca 5, Vukovar**, tel. 413-179.

Molimo Vas na pregled donijeti **zdravstvenu iskaznicu, medicinsku dokumentaciju i cjepnu iskaznicu** te **KOPIJU cjepne iskaznice djeteta**. Prije pregleda kod školskog liječnika potrebno je posjetiti liječnika dentalne medicine koji će pregledati Vaše dijete i ispuniti obrazac „**Zubna putovnica**“ koji ćete donijeti na naš pregled.

Molimo Vas da ispunite sljedeći upitnik za roditelje te ga pošaljete na e-mail adresu prvacivu@zzjz-vs.z.hr.

Upute za laboratorijske pretrage (vađenje krvi i pretraga urina)

Prije pregleda bit ćete obaviješteni o datumima za vađenje krvi i pretragu urina. Urin u laboratorij (DZ Vukovar) se može donijeti u sterilnoj bočici koju možete kupiti u ljekarni. Za analizu hemoglobina i ukupnog kolesterola vadi se krv iz vene. Za vađenje krvi dijete treba biti natašte. Dan ranije preporuča se nemasna prehrana, a iza 20 sati se ne preporučuje uzimati ništa na usta osim vode.

Laboratorij DZ Vukovar

Kako biste izbjegli gužvu i smanjili mogućnost kontakta s bolesnim pacijentima, **budući prvašići dolaze na vađenje krvi (DZ Vukovar) u vremenu od 8:30 do 9 sati.**

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:	