

_____ Назив здравствене установе Број здравственог картона детета _____
---

**ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ  
I - ПОПУЊАВА РОДИТЕЉ**

Презиме и име детета _____	Година рођења _____
Име оца (мајке) _____	Занимање _____
Адреса _____	Телефон/мобилни _____
Школа _____	
Наведите да ли Ваше дете болује од шећерне болести, епилепсије, месечарства, хемофилије, астме, срчаног обољења, болести зависности (подвући)	
_____	
Наведите терапију коју Ваше дете узима (назив лека и доза)	
_____	
Датум _____	Потпис родитеља _____

**II - ПОПУЊАВА  
ОРДИНИРАЈУЋИ ЛЕКАР  
ПРЕГЛЕД ПРЕ ПОЛАСКА**

<b>АКУТНА ОБОЉЕЊА НА ДАН ПРЕГЛЕДА</b>	
_____	
<b>АЛЕРГИЈА НА ЛЕК/ХРАНУ</b>	
_____	
<b>ДАТУМ ПОСЛЕДЊЕ ВАКЦИНАЦИЈЕ ПРОТИВ ТЕТАНУСА</b>	
_____	
<b>ХРОНИЧНЕ НЕЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ ОД ВЕЋЕГ СОЦИОМЕДИЦИНСКОГ ЗНАЧАЈА*/ТЕРАПИЈА (назив лека, доза)</b>	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
<b>ДЕТЕ ЈЕ ЗДРАВО И СПОСОБНО ЗА ОДЛАЗАК НА</b>	
_____	
_____	
Датум _____	Лекар _____

**III - ПОПУЊАВА ЛЕКАР ПРАТИЛАЦ/  
ЛЕКАР У МЕСТУ БОРАВКА ДЕТЕТА  
ПРЕГЛЕД У ТОКУ БОРАВКА**

<b>АНАМНЕЗА</b>	
_____	
_____	
<b>СТАТУС</b>	
_____	
_____	
<b>ДИЈАГНОЗА (ОБОЉЕЊЕ/ПОВРЕДА)</b>	
_____	
_____	
<b>ОРДИНИРАНА ТЕРАПИЈА</b>	
_____	
_____	
<b>УПУЋЕНО У ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ (назив установе, датум и час)</b>	
_____	
<b>ВРАЋЕНО КУЋИ (датум и час)</b>	
_____	
_____	
Датум _____	Лекар _____

\* / мисли се пре свега на: шећерна болест, епилепсија, месечарство, хемофилија, астма, срчана обољења, болести зависности