

Назив здравствене установе
Број здравственог картона детета

**ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ
I - ПОПУЊАВА РОДИТЕЉ**

Презиме и име детета _____
Година рођења _____ ЈМБГ _____
Име оца (мајке) _____
Занимање _____
Адреса _____
Телефон/мобилни _____
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 доза) _____
Датум: _____ Потпис родитеља _____

**II - ПОПУЊАВА
ОРДИНИРАЈУЋИ ЛЕКАР**

ПРЕГЛЕД ПРЕ ПОЛАСКА

АКУТНА ОБОЉЕЊА НА ДАН ПРЕГЛЕДА

АЛЕРГИЈА НА ЛЕК/ХРАНУ

**ДАТУМ ПОСЛЕДЊЕ ВАКЦИНАЦИЈЕ
ПРОТИВ ТЕТАНУСА**

**ХРОНИЧНЕ
НЕЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ ОД ВЕЋЕГ
СОЦИОМЕДИЦИНСКОГ
ЗНАЧАЈА/ТЕРАПИЈА (назив лека, доза)**

**ДЕТЕ ЈЕ ЗДРАВО И СПОСОБНО ЗА
ОДЛАЗАК НА**

Датум

Лекар

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

ПРЕГЛЕД У ТОКУ БОРАВКА

АНАМНЕЗА

СТАТУС

ДИЈАГНОЗА (ОБОЉЕЊЕ/ПОВРЕДА)

ОРДИНИРАНА ТЕРАПИЈА

**УПУЋЕНО У ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ (назив
установе, датум и час)**

ВРАЋЕНО КУЋИ (датум и час)

Датум

Лекар