



# **KSIĄŻECZKA ZDROWIA DZIECKA**

1. Książeczkę zdrowia dziecka należy przechowywać w sposób uniemożliwiający osobom nieuprawnionym dostęp do zawartych w niej informacji.
2. Książeczkę zdrowia dziecka należy okazywać przy każdej wizycie patronażowej, badaniu profilaktycznym, w tym również badaniu stomatologicznym, wizycie w poradni specjalistycznej oraz w szpitalu, w celu dokonania wpisu przez lekarza, położną lub pielęgniarkę, a także w innych przypadkach, gdy zawarte w niej informacje są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.
3. Obowiązkiem rodziców jest zgłaszanie się z dzieckiem na szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069 z późn. zm.).
4. Wykonane szczepienia należy odnotować w książeczce szczepień wydanej na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, dołączonej do książeczki zdrowia dziecka.

## SPIS TREŚCI

Dane osobowe dziecka.....	5
Dane rodziców/opiekunów dziecka.....	5
Okres prenatalny (ciąża).....	6
Poród .....	8
Stan noworodka po urodzeniu .....	9
Obserwacja noworodka w szpitalu .....	10
Dodatkowa informacja o pobycie w szpitalu .....	11
Dane noworodka w dniu wypisu ze szpitala albo przekazania opieki nad dzieckiem urodzonym w warunkach pozaszpitalnych pod opiekę położnej podstawowej opieki zdrowotnej .....	12
Wizyty patronażowe .....	15
Wizyty profilaktyczne 0-4. rok życia .....	21
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej dziecka do ukończenia 4. roku życia .....	37
Wizyty profilaktyczne 5-19. rok życia.....	38
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej .....	50
Przebyte choroby zakaźne.....	52
Konsultacje specjalistyczne.....	53
Uczulenia i reakcje anafilaktyczne.....	55
Hospitalizacje.....	56
Zaopatrzenie w wyroby medyczne.....	58
Zwolnienia z zajęć sportowych.....	59
Uwagi .....	61
Procedury radiologiczne.....	62
Siatki centylowe.....	64

[illegible]

1. Nazwisko .....
2. Imię/imiona .....
3. Data urodzenia (rrrr-mm-dd-gg-mm) .....
4. Miejsce urodzenia .....
5. Płeć    męska ☐    żeńska ☐
6. PESEL .....

[illegible]

7. Grupa krwi i czynnik Rh<sup>1)</sup> .....

Wpisane na podstawie badania nr .....

## Data

Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

1. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego .....
2. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego .....
3. Numery telefonów kontaktowych rodziców/opiekunów prawnych .....

<sup>1)</sup> Jeżeli oznaczono po urodzeniu.

### III. OKRES PRENATALNY (CIAŻA)

1. Wiek matki ..... czynnik Rh ..... matki
2. Grupa krwi ..... matki
3. Podano immunoglobulinę anti-RhD: tak ☐ nie ☐  
profilaktyka śródciążowa: tak ☐ nie ☐  
profilaktyka poporodowa: tak ☐ nie ☐
4. Ciąża (która z kolei) ..... pojedyncza ☐ wielopłodowa ☐
5. Narażenia na czynniki szkodliwe w czasie ciąży .....  
.....  
.....  
.....  
(rodzaj czynnika, czas trwania i wiek ciąży)
6. Szczepienia wykonane w czasie ciąży .....  
.....  
(rodzaj szczepienia, wiek ciąży)
7. Leki przyjmowane w czasie ciąży (dawki, okres przyjmowania, wiek ciąży) .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
8. Przebieg ciąży:
- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| nieprawidłowości pępowiny     | <input type="checkbox"/> |
| nieprawidłowości łożyska      | <input type="checkbox"/> |
| wielowodzie                   | <input type="checkbox"/> |
| małowodzie                    | <input type="checkbox"/> |
| hipotrofia płodu:             |                          |
| wczesna                       | <input type="checkbox"/> |
| późna                         | <input type="checkbox"/> |
| symetryczna                   | <input type="checkbox"/> |
| asymetryczna                  | <input type="checkbox"/> |
| wady w budowie ciała płodu    | <input type="checkbox"/> |
| nieprawidłowe położenie płodu | <input type="checkbox"/> |

- osłabione ruchy płodu
- zaburzenia czynności serca płodu
- niedokrwistość
- niedoczynność tarczycy
- nadczynność tarczycy
- cukrzyca ciężarnych
- cukrzyca typu I
- cukrzyca typu II
- cholestaza
- zespół HELLP
- choroby serca
- nadciśnienie tętnicze przewlekłe
- nadciśnienie tętnicze ciążowe
- stan przedrzucawkowy
- rzucawka
- drgawki
- omdlenia
- konflikt serologiczny
- leczenie wewnątrzmaciczne płodu
- białkomocz
- inne .....

## Data

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

#### IV. PORÓD

- Miejsce urodzenia: szpital ☐ dom ☐ inne ☐
- Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą .....
- Ukończony tydzień ciąży .....
- Poród:
  - spontaniczny ☐ indukowany ☐
  - pojedynczy ☐ mnogi ☐ dziecko, które z kolei .....
  - siłami natury ☐
  - zabiegowy: kleszcze ☐ vacuum ☐ pomoc ręczna ☐
  - operacyjny (cięcie cesarskie): nagłe ☐ elektywne ☐
- Wskazania do porodu zabiegowego albo operacyjnego:
  - nieprawidłowe położenie/ułożenie płodu ☐ nieprawidłowa czynność skurczowa macicy ☐
  - stan septyczny ☐ krwawienie w I okresie ☐
  - inne .....
- Objawy zagrożenia płodu .....
- Czas trwania I okresu ..... czas trwania II okresu .....
- Płyn owodniowy:
  - przejrzysty ☐ mętny ☐ zielony ☐ żółty ☐ krwisty ☐ cuchnący ☐ brak ☐
  - odpłynął: w czasie porodu ☐ ..... godzin przed porodem
- Sposób łagodzenia bólu porodowego .....
- Leki stosowane w czasie porodu .....
- Pobrano krew pępowinową: tak ☐ nie ☐
- Uwagi .....

Data

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

#### V. STAN NOWORODKA PO URODZENIU

- Urodzeniowa masa ciała ..... g (zaznaczyć na siatce centylowej)
- Długość ciała ..... cm
- Obwód głowy ..... cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
- Obwód klatki piersiowej ..... cm
- Ocena wg skali Apgar:

Minuta życia:	1.	3.	5.	10.	(odchylenia w badaniu):
Czynność serca					
Oddech					
Napięcie mięśni					
Odruchy					
Zabarwienie skóry					
RAZEM pkt.					

- Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu:
  - odśluzowanie ☐
  - osuszenie ☐
  - zaopatrzenie pępowiny ☐
  - profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka ☐
  - podanie witaminy K ☐
  - podanie tlenu ☐ od ..... do ..... min.
  - sztuczna wentylacja ☐ od ..... do ..... min.
  - intubacja ☐ w ..... min.
  - masaż serca ☐ od ..... do ..... min.
  - cewnikowanie naczyń pępowinowych ☐
- Krew pępowinowa (tętnica, żyła): pH ..... BE ..... inne .....
- Saturacja ..... %
- Echo serca (gdy saturacja poniżej 96%) .....
- Leki .....
- Kontakt noworodka z matką „skóra do skóry”: tak ☐ nie ☐
  - Czas trwania ....., jeżeli krócej niż 2 godziny powód przerwania: .....
- Czy dziecko zaczęło ssać pierś: tak ☐ nie ☐

Data

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

## VI. OBSERWACJA NOWORODKA W SZPITALU

1. Najniższa masa ciała ..... g w ..... dobie
2. Karmienie: naturalne ☐ sztuczne ☐ mieszane ☐ preparat .....
3. Koordynacja procesu ssanie – polykanie: zadowolająca ☐ niezadowolająca ☐  
 dziecko żywotne: tak ☐ nie ☐  
 rytm sen – czuwanie: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐  
 adekwatne do sytuacji reakcje na:  
 dotyk: tak ☐ nie ☐  
 dźwięk: tak ☐ nie ☐  
 światło: tak ☐ nie ☐  
 zmianę pozycji ciała: tak ☐ nie ☐
4. Żółtaczka fizjologiczna: od ..... do ..... doby  
 Maksymalne stężenie bilirubiny ..... w ..... dobie
5. Smółka .....
6. Inne .....
7. Badanie lekarskie przedmiotowe .....
8. Poszerzone badanie kliniczne noworodka ☐ data i godzina .....
9. Uwagi .....
10. Wyniki badań dodatkowych .....
11. Stan pediatryczny wymagający przejściowej obserwacji (do 7 dni) ☐
12. Rozpoznanie i epikryza .....

Data

Oznaczenie lekarza

## VII. DODATKOWA INFORMACJA O POBYCIE W SZPITALU

Rozpoznanie i epikryza

Data

Oznaczenie lekarza

# VIII. DANE NOWORODKA W DNIU WYPISU ZE SZPITALA ALBO PRZEKAZANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM URODZONYM W WARUNKACH POZASZPITALNYCH POD OPIKĘ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Data (rrrr-mm-dd) .....
2. Wiek kalendarzowy ..... wiek postkonceptyjny<sup>2)</sup> .....
3. Masa ciała ..... g (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Długość ciała ..... cm
5. Obwód głowy ..... cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
6. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe .....
7. Badanie przedmiotowe .....  
.....  
.....
8. Noworodek wypisany ze szpitala: do domu ☐ do innego oddziału ☐  
na żądanie rodziców ☐
9. Stan noworodka w dniu wypisu albo przekazania opieki: zdrowy, bez zastrzeżeń ☐  
wymaga dalszej obserwacji, diagnozowania albo leczenia ☐
10. Wykonano szczepienia obowiązkowe: tak ☐ nie ☐
11. Badania przesiewowe:  
Pobrano krew na bibułę: tak ☐ nie ☐  
Kod bibuły<sup>3)</sup> I i data pobrania .....  
Kod bibuły<sup>3)</sup> II i data pobrania (na wezwanie) .....  
Bibułę z kodem<sup>3)</sup> .....  
przekazano do .....
12. Inne badania wykonane w dniu wypisu .....  
Badanie słuchu I  
Data badania (rrrr-mm-dd) .....  
Wynik badania: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐  
Badanie słuchu II  
Data badania (rrrr-mm-dd) .....  
Wynik badania: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

<sup>2)</sup> Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.  
<sup>3)</sup> Może być wklejony.

13. Wrodzone wady rozwojowe .....  
Zgłoszono do rejestru wrodzonych wad rozwojowych w dniu .....
14. Zlecone konsultacje specjalistyczne i badania:  
USG stawów biodrowych ☐  
Badanie okulistyczne<sup>4)</sup> ☐  
Inne .....
15. Przepisane leki, witaminy .....
16. Karmienie  
wyłącznie piersią ☐  
mieszane ☐  
sztuczne ☐  
skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego,  
wprowadzanie żywności dodatkowej .....
17. Zalecenia lekarskie .....
18. Zalecenia pielęgnacyjne .....
19. Poinformowano o czynnikach ryzyka nagłej śmierci łóżeczkowej:  
tak ☐ nie ☐
20. Przeprowadzono instruktaż karmienia piersią:  
tak ☐ nie ☐
21. Poinformowano o konieczności wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:  
tak ☐ nie ☐
22. Poinformowano o konieczności wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:  
tak ☐ nie ☐

<sup>4)</sup> W przypadku niemowląt urodzonych przed 32. tygodniem ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 1500 g albo niemowląt urodzonych przed 36. tygodniem ciąży z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii.

23. Poinformowano o konieczności wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej:

tak ☐ nie ☐

.....  
Data

.....  
Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

## IX. WIZYTA PATRONAŻOWA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 1.-4. tydzień życia

1. Wiek kalendarzowy ..... wiek postkonceptyjny<sup>2)</sup> .....
2. Długość ciała ..... cm
3. Obwód głowy ..... cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Obwód klatki piersiowej ..... cm
5. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe .....
6. Przyjmowane leki .....
7. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej – guzki Bohna, perły Ebsteina, nadziąśłaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)  
skóra .....  
głowa .....  
szyja .....  
oczy .....  
uszy .....  
jama ustna/gardło .....  
węzły chłonne .....  
płuca .....  
serce .....  
brzuch .....  
układ moczowo-płciowy .....  
układ kostno-stawowy .....  
stan odżywienia .....
8. Żywienie  
wyłącznie piersią ☐  
mieszane ☐  
sztuczne ☐  
skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej .....
9. Ocena neurorozwojowa.....

<sup>2)</sup> Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.



10. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak ☐ nie ☐

trudności ze ssaniem ☐ polykaniem ☐

bezdech ☐ wymioty ☐ drgawki ☐ płacz przenikliwy ☐ kwilenie ☐

brak reakcji na dźwięki ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy) .....

.....

.....

11. Warunki mieszkaniowe: bardzo dobre ☐ dobre ☐ przeciętne ☐ złe ☐

12. Odchylenia w badaniach dodatkowych .....

13. Zalecenia .....

.....

14. Porada żywieniowa .....

.....

Żywnienie ..... witaminy .....

15. Zlecone konsultacje .....

.....

16. Zlecone badania diagnostyczne .....

.....

.....

Data

Oznaczenie lekarza

## X. WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ

1. Data I. wizyty .....

2. Wiek dziecka .....

3. Opis wizyty .....

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka

wyłącznie piersią ☐

mieszane ☐

sztuczne ☐

skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej .....

.....

.....

5. Zalecenia .....

.....

6. Data następnej wizyty .....

Data

Oznaczenie położnej

1. Data II. wizyty .....

2. Wiek dziecka .....

3. Opis wizyty .....

.....

.....

.....

4. Sposób żywienia noworodka .....

5. Zalecenia .....

.....

6. Data następnej wizyty .....

Data

Oznaczenie położnej

1. Data III. wizyty .....
2. Wiek dziecka .....
3. Opis wizyty .....
4. Sposób żywienia noworodka .....
5. Zalecenia .....
6. Data następnej wizyty .....

.....  
Data

.....  
Oznaczenie położnej

1. Data IV. wizyty .....
2. Wiek dziecka .....
3. Opis wizyty .....
4. Sposób żywienia noworodka .....
5. Zalecenia .....
6. Data następnej wizyty .....

.....  
Data

.....  
Oznaczenie położnej

1. Data V. wizyty .....
2. Wiek dziecka .....
3. Opis wizyty .....
4. Sposób żywienia noworodka .....
5. Zalecenia .....
6. Data następnej wizyty .....

.....  
Data

.....  
Oznaczenie położnej

1. Data VI. wizyty .....
2. Wiek dziecka .....
3. Opis wizyty .....
4. Sposób żywienia noworodka .....
5. Zalecenia .....
6. Data następnej wizyty .....

.....  
Data

.....  
Oznaczenie położnej

## XI. WIZYTY PATRONAŻOWE PIELĘGNIARKI

1. Data I. wizyty .....
2. Wiek dziecka .....
3. Opis wizyty .....
4. Zalecenia .....
5. Data następnej wizyty<sup>5)</sup> .....

Data	Oznaczenie pielęgniarki
1. Data II. wizyty <sup>5)</sup> .....	
2. Wiek dziecka .....	
3. Opis wizyty .....	
4. Zalecenia .....	

<sup>5)</sup> W przypadku gdy w czasie wizyty stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia dziecka.

## XII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 6-9. tydzień życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy ..... wiek postkonceptyjny<sup>2)</sup> .....
2. Masa ciała ..... g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała ..... cm
4. Obwód głowy ..... cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej ..... cm
6. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe .....
7. Przyjmowane leki .....
8. Test przesiewowy w kierunku:  
**Zaburzeń wzroku:**  
 zez: widoczny ☐ niewidoczny ☐  
 test Hirschberga: ujemny ☐ dodatni ☐ Cover test: ujemny ☐ dodatni ☐  
**Zaburzeń słuchu** (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu):  
 prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐  
**Wrodzonej dysplazji stawów biodrowych:** prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐  
**Wnętrostwa:** jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej (guzki Bohna, perły Ebsteina),  
 nadziąśłaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)
  - skóra .....
  - głowa .....
  - szyja .....
  - oczy .....
  - uszy .....
  - jama ustna/gardło .....
  - węzły chłonne .....
  - płuca .....
  - serce .....
  - brzuch .....
  - układ moczowo-płciowy .....
  - układ kostno-stawowy .....
  - stan odżywienia .....

<sup>2)</sup> Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.