



# ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal

## Egészségügyi Igazgatási Főosztály

1097 Budapest, Gyáli út 2–6. 1437 Budapest, Pf. 839  
Központ: (1) 476-1100 Telefon: (1) 215-5327 Telefax: (1) 215-5361  
E-mail: [igazgatas@oth.antsz.hu](mailto:igazgatas@oth.antsz.hu)

Iktatószám: OTH 1394-62/2008.

### **SZAKFELÜGYELETI AJÁNLÁS**

**az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő együttműködése helyi eljárásrendjének kialakításához**

*Az ajánlás célja a gyermekes családok számára magas színvonalon és esély-egyenlő módon biztosítani a megelőző-gyógyító ellátást a praxisban dolgozó területileg illetékes vagy választott házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint illetékes területi védőnő között a jogszabályokban meghatározott kötelezettségek (együttműködési, kapcsolattartási, közreműködési és jelzési) teljesítésével.*

#### **I. Alapvető megfontolások**

Az 1990-es években jelentős változás ment végbe az egészségügyi alapellátásban. A szabad orvosválasztással megszűnt az ún. egy körzeti orvos és az 1-2 körzeti védőnőből álló egység. A házi gyermekorvosok/háziorvosok által ellátandók köre, a praxist választók már nem teljesen azonosak a védőnők által ellátandók körével, a körzetbe tartozókkal. Az orvos a gyógyító-megelőző munkáját, beleértve a tanácsadást is az ÁNTSZ által kiadott működési engedélyének megfelelően az orvosi rendelőjében végzi, míg a védőnői szolgálatok az önkormányzat által biztosított tanácsadóban. Egyre gyakrabban fordul elő, hogy a működtető önkormányzatok az orvosi rendelőktől földrajzilag is elkülönült, központi védőnői tanácsadóban tudják biztosítani a védőnők számára a minimum feltételeket.<sup>1</sup>

Az így kialakult helyzet - elsősorban a nagy városokban újfajta együttműködést igényel a kapcsolattartásban, és annak dokumentálásában, különösen azok között a védőnők és orvosok között, akik a „közösen” ellátandók vonatkozásában már nem egy helyen (egy tanácsadóban vagy rendelőben) és vagy nem egy időben vannak jelen az orvosi és a védőnői ellátás nyújtásakor.

#### **II. A házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint területileg illetékes védőnő együttműködési kötelezettsége**

A házi gyermekorvos/háziorvos alapellátási tevékenységét, valamint a védőnő gondozási feladatait önállóan végzi, a két szolgáltató tevékenysége egymást kiegészíti.<sup>2</sup> A házi gyermekorvosi/háziorvosi és a védőnői ellátás feladatait jogszabályok és szakmai szabályok határozzák meg, melyek betartása kötelező az alapellátásban dolgozó valamennyi szakember számára.

Az eredményes megelőző-gyógyító alapellátás csak a két szakterület szoros, kölcsönös együttműködésével valósulhat meg.

**Minden szülőnek/gondviselőnek és gyermeknek egyformán meg kell adni az esélyt, hogy a választott házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint illetékes területi védőnő között rendszeres, kölcsönös (oda-vissza) legyen az együttműködés és a kapcsolattartás.**

<sup>1</sup> A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet 4. § (1) bekezdés a) pontjának megfelelően.

<sup>2</sup> A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban (Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2004.)

A jogszabályok együttműködési, kapcsolattartási, közreműködési és értesítési (jelzési) kötelezettséget írnak elő, függetlenül attól, hogy térben és időben a házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint illetékes területi védőnő a tevékenységüket hol végzik.

**A jogszabályok azonban nem határozzák meg az együttműködés helyét, idejét, és gyakoriságát. Ezt az együttműködésre kötelezett felekre bízva, de az egyeztetést, a konzultációt, illetve annak tartalmát úgy kell dokumentálni, hogy az visszakereshető, ellenőrizhető legyen az egészségügyi dokumentációban.**

### **III. Ajánlás a házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint területileg illetékes védőnő együttműködési kötelezettségének megvalósítására az együttműködés fontosabb területeit figyelembe véve**

1. A megelőző-gyógyító alapellátás megkezdése (bejelentkező/átjelentkező - újonnan nyilvántartott/beköltöző)
2. Megelőző ellátás
3. Szűrővizsgálat
4. Védőoltás
5. Fokozott gondozás
6. A megelőző-gyógyító alapellátás körülményeinek változása

#### **1. A megelőző-gyógyító alapellátás megkezdése**

A választott vagy a területileg kötelezett házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint illetékes területi védőnő kölcsönösen tájékoztassák egymást, ha nyilvántartásba vesznek „közösén” ellátandó személyt, aki legalább 3 hónapnál hosszabb ideig tartózkodik a bejelentett lakhelyen/tartózkodási címen, illetve azonnal, ha oltásra kötelezett korú személyről van szó. Ehhez szükséges, hogy házi gyermekorvos/háziorvos rendelkezzen a közösen gondozott személy lakóhely szerint illetékes területi védőnő adataival (név, levelezési cím, munkaidőben folyamatosan elérhető telefon/hivatali mobiltelefon, egyéb elérhetőségek, a védőnői tanácsadó címe, e-mail címe, telefonja, a védőnői tanácsadás ideje). A lakóhely szerint területileg illetékes védőnő pedig rendelkezzen a házi gyermekorvos/háziorvos adataival (név, levelezési cím, munkaidőben folyamatosan elérhető telefon/hivatali mobiltelefon, egyéb elérhetőségek, a betegrendelés és az orvosi tanácsadás helyének címe, ideje, előjegyzés rendje).<sup>3</sup>

Ezen adatok a Gyermekesegészségügyi kiskönyvben, valamint az orvosi és védőnői dokumentációban is elérhetők legyenek, a házi gyermekorvos/háziorvos, a védőnő bejegyzése által, melyek a kölcsönös tájékoztatást is segítik. Mind a védőnők, mind a házi gyermekorvosok/háziorvosok kötelezően dokumentálják, hogy melyik család, mikor és hová költözött, amikor a körzetből vagy a praxisból kijelentkezik. Ez az információ egyes családok (oltandó gyermekek) felkutatásában nagy segítséget nyújt.

#### **2. Megelőző ellátás**

A közösen ellátandó személy preventív ellátását egységes alapelvek (ismeret és gyakorlat) és a szakma szabályai szerint kell biztosítani, melyeket szükség esetén a házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint illetékes védőnő egyeztessen, különösen azokban a témakörökben, melyekre vonatkozóan nem áll rendelkezésre protokoll, vagy módszertani levél. Az egyeztetés egy-egy közös gondozott esetén megvalósulhat személyes találkozás, telefonos megbeszélés, e-mail, levél formájában is.

A primer prevenció a védőnő önálló alapfeladata, kötelezettsége és felelőssége. Szükséges, hogy a házi gyermekorvos/háziorvos ajánlja, támogassa a védőnői ellátás

---

<sup>3</sup>A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelete 2. §. (1) – (...) A háziorvos legalább a rendelési ideje egy részében, illetve a tanácsadás során előre programozható betegellátás keretében előjegyzés alapján végzi a betegek szűrését, gondozását és ellátását

igénybevételét, segítse a gondozott személy, család együttműködésének megnyerését az egészségesebb életvezetésben. <sup>2</sup>

A védőnő és a házi gyermekorvos/háziorvos az ellátással kapcsolatos szakmai véleménykülönbsége esetén - bármely fél kezdeményezésére - a háziorvosi ellátás és a védőnői ellátás illetékes szakfelügyelője közös álláspontot alakít ki. <sup>4</sup>

### 3. Szűrővizsgálat

A házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint területileg illetékes védőnő által végzendő szűrővizsgálatokat jogszabályok határozzák meg. **Fontos, hogy az életkorhoz kötött védőnői, majd azt követő orvosi szűrővizsgálatok a hatályos 51/1997. (XII. 18.) NM, illetve a 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendeletek előírását figyelembe véve az adott életkor betöltéséig történjenek meg, melyeket az 1. sz. táblázat foglal össze.**

Területileg illetékes vagy választott házi gyermekorvos/háziorvos feladatai	Lakóhely szerint illetékes területi védőnő feladatai
<b>0-4 napos életkorban az újszülöttkori vizsgálatok ellenőrzése</b>	
	<p>„Tekintettel a <b>VÉDŐNŐ</b> az újszülött hazaadását követő 48 órán belüli látogatási kötelezettségére, a szűrés megtörténtét a védőnő is ellenőrizze és saját dokumentációjában aláírásával, és szolgáltatói azonosítójával igazolja. Ha a védőnő a szűrésre történő vérvétel elmaradását, vagy a gyermek állapotával kapcsolatban bármilyen orvosi ellátást igénylő problémát észlel (sárgaság, hányás, aluszékonyság, táplálási nehézség, stb.), azt még aznap köteles jelenteni a területileg illetékes vagy a család által választott házi gyermekorvosnak/háziorvosnak vagy hivatalos helyettesének.”</p> <p><i>(Csecsemő-és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium: Módszertani levél az anyagcsere-betegségek szűréséhez szükséges mintavétel eljárási rendjéről, Egészségügyi Közlöny, 2. sz. 2008. február 12.(411. oldal) )</i></p>
<b>1, 3, 6 hónapos életkorban</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) teljes fizikális vizsgálat, különös tekintettel a fejlődési rendellenességek szűrésére,</li> <li>b) mozgásszervi vizsgálat, csípőficam szűrése 4 hónapos korig,</li> <li>c) idegrendszer vizsgálata,</li> <li>d) rejtettheréjűség vizsgálata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– testmagasság, testtömeg, fejkörfogat szükség szerint, mellkaskörfogat mérése, a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése hazai standardok alapján [49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet]</li> <li>e) a pszichomotoros és mentális fejlődés vizsgálata,</li> <li>f) érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás).</li> </ul>
<b>1 éves életkorban és 6 éves életkorig évente</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) teljes fizikális vizsgálat,</li> <li>b) idegrendszer vizsgálata,</li> <li>c) rejtettheréjűség vizsgálata 2 éves korig, herék vizsgálata évente,</li> <li>d) pozitív családi anamnézis esetén szerológiai szűrővizsgálat coeliakia irányában, 1 éves korban.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) testmagasság, testtömeg (fejkörfogat szükség szerint, mellkaskörfogat mérése), a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése hazai standardok alapján,</li> <li>f) a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés és magatartásproblémák vizsgálata,</li> <li>g) érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás) és a beszédfejlődés vizsgálata,</li> <li>h) mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc rendellenességeire (tartáshiba, scoliosis),</li> <li>i) vérnyomás mérése 3-6 éves életkor között évente.</li> </ul>

<sup>4</sup> A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelete 6.§. 2.

Területileg illetékes vagy választott házi gyermekorvos/háziorvos feladatai	Lakóhely szerint illetékes területi védőnő feladatai
<b>6-18 éves otthon gondozottak (akik oktatási intézménybe nincsenek beíratva)</b>	
<b>2 évente</b>	
a) teljes fizikális vizsgálat és ennek rögzítése, b) a kórelőzmény ismételt felvétele az öröklődő malignus betegségek vagy hajlamosító állapotok (pl. familiáris colon polyposis) irányába, szükség esetén szakorvosi vizsgálat, c) a családi anamnézis, a tápláltsági állapot, az életmódbeli tényezők alapján a szív és érrendszeri betegségek, a metabolikus szindróma és a diabetes mellitus szempontjából veszélyeztetett gyerekek kiszűrése, szakellátásra irányítása, d) golyvaszűrés 11 éves életkortól.	e) a testmagasság, testtömeg, mellkaskörfoghat mérése, a testi fejlettség és tápláltsági állapot hazai standardok szerinti értékelése, a nemi fejlődés értékelése, f) hangulati, magatartászavarok, tanulási nehézségek feltárása, g) érzékszervek vizsgálata (látásélesség, színlátás, hallás), h) mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc-rendellenességekre (tartáshiba, scoliosis, Scheuerman), i) vérnyomásmérés.

*1. sz. táblázat: Házi gyermekorvosi/háziorvosi és a lakóhely szerint illetékes területi védőnői feladatok megosztása az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok végzésében*

A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelete 8. § (1) bekezdése előírja az érintett személy részére a vizsgálat eredményéről történő lelet adását is.

A lakóhely szerint illetékes területi védőnő a jogszabályban leírt védőnői szűrővizsgálatokról *védőnői tájékoztatót* (igazolást) állít ki 2 példányban, mely tartalmazza a védőnői szűrővizsgálatokat, azok eredményét, értékelését, a javasolt teendőket és a védőnő aláírását, ezzel vállalva a felelősséget a leírtakért. A védőnő az egyik tájékoztatót (igazolást) a szülőnek adja, a másikat, a szülővel aláíratva megtartja. A szülő, az aláírásával igazolja a védőnői tájékoztató átvételét.

Elválkozás észlelése esetén a területi védőnő igazolható módon értesíti a házi gyermekorvost/háziorvost. Személyes megbeszélés esetén a védőnőnél maradt példányon a házi gyermekorvost/háziorvos dátummal, aláírásával és pecsétjével igazolja, hogy a tájékoztatót megkapta, egyéb esetben tértivevénnyel szükséges megküldeni és azt csatolni a védőnőnél maradt példányhoz.

A területi védőnő által 1, 3, 6 hónapos, 1, 2, 3, 4, 5, 6 éves életkorban végzett szűrővizsgálatokról szóló védőnői tájékoztató adattartalmát az 1-9. sz. melléklet tartalmazza.

A házi gyermekorvos/háziorvos elvégzi az orvosi szűrővizsgálatokat, valamint a védőnő által jelzett elválkozással kapcsolatos további vizsgálatokat, melyek eredményéről, teendőkről (szakrendelésre utalás, gondozásba vétel) a szülőnek leletet ad és bejegyzi a „Gyermekegészségügyi Kiskönyvbe” is. A védőnő által jelzett eltérés, vagy az orvosi vizsgálat során észlelt probléma esetén az orvosi lelet másolatának átadásával, megküldésével visszajelez a védőnőnek, szükség esetén személyes konzultációt kezdeményez.

A gyermekről **5 éves** életkorban „fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére” megnevezésű orvosi adatlap kiállítása kötelező <sup>5</sup>, a területi védőnő által szolgáltatott információk felhasználásával <sup>6</sup>, melynek adatait az 5 éves korban végzett védőnői szűrővizsgálatról kiadott tájékoztató kell, hogy tartalmazza. A házi gyermekorvos/háziorvos az 5 éves korban kiállított „fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére” megnevezésű orvosi adatlapot minden esetben

<sup>5</sup> A házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelete 4. § (3) e).

<sup>6</sup> A képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgáltatásokról 14/1994. (VI. 24.) MKM rendelete

megküldi a gyermek iskola-egészségügyi dokumentációját vezető, óvodát ellátó védőnőnek.

A szűrővizsgálattal kapcsolatos tevékenység ellenőrzésének alapja az orvos és a védőnő dokumentációja és a szűrésekről kiadott védőnői tájékoztató és orvosi lelet. A szűrővizsgálati eredmények/leletek a gyermekegészségügyi törzskarton/gondozási lap részét képezik.

#### **4. Védőoltás**

Az életkorhoz kötött kötelező védőoltásokkal kapcsolatos védőnői és orvosi feladatokat jogszabály szabályozza az alábbiak szerint <sup>7</sup>:

##### **A lakóhely szerint illetékes területi védőnő fontosabb feladatai:**

1. ellenőrzi az újszülöttkori BCG oltások eredményességét,
2. nyilvántartja az ellátási területén az oltásra kötelezetteket, vezeti az oltási nyilvántartást, figyelemmel kíséri az el-és beköltözéseket, és folyamatosan aktualizálja a nyilvántartást,
3. írásban igazolható módon értesíti a körzetébe tartozó oltandó személy törvényes képviselőjét az oltás esedékességéről, jelentőségéről, a beadás helyszínéről és a tanácsadás idejéről (az orvossal való egyeztetés céljából), a várható általános reakciókról és a védőoltás elmulasztásának következményeiről,
4. elmaradt oltás esetén, igazolható módon ismételt értesítést küld,
5. ugyanazon oltandóra és oltásra vonatkozó háromszori eredménytelen írásbeli megkeresés esetén értesíti az ÁNTSZ területileg illetékes kistérségi intézetét,
6. gondoskodik az oltások igazolásáról az oltási nyilvántartási dokumentáció adatai alapján,
7. a nyilvántartásában szereplőkről az oltási jelentést elkészíti és megküldi az ÁNTSZ területileg illetékes kistérségi intézetének,
8. az oltásnak az esedékessége hónapját követő 2 hónapot meghaladó elmaradását, valamint az oltásra kötelezett gondozottak el-és beköltözését is jelenti az ÁNTSZ területileg illetékes kistérségi intézetének.
9. a területi védőnő az oltási tevékenységgel kapcsolatos feladatait a gyermek oltóorvosával együttműködve végzi.

##### **A területileg illetékes vagy választott házi orvos/házi gyermekorvos fontosabb feladatai:**

1. nyilvántartást vezet az általa oltandókról,
2. az életkorhoz kötött oltáshoz szükséges oltóanyag igénylése (havi vagy negyedévi), igénylését a rendelő helye szerint illetékes ÁNTSZ kistérségi intézetének megküldi,
3. egyedileg elbírálja az oltás végrehajthatóságát,
4. a területi ellátási kötelezettségéhez nem tartozó gyermek védőoltása esetén az oltás teljesítéséről a rendelő helye szerint illetékes ÁNTSZ kistérségi intézetének, az oltás napján oltási értesítőt küld <sup>7</sup>,
5. amennyiben a védőnői körzethez tartozó oltandó gyermeket a területi védőnő jelenléte nélkül oltja, akkor az oltás megtörténtét az oltás beadásának napján írásban köteles jelenteni a rendelő helye szerint illetékes ÁNTSZ kistérségi intézetének; az értesítés történhet az erre a célra rendszeresített oltási értesítőn vagy azzal megegyező adattartalmú, egyedi jelentés formájában, [18/1998. (VI. 3) NM rendelet 15 § (2) f) pontja],
6. az adott hónapban esedékes oltás elmaradásáról és annak indokáról legkésőbb a tárgy hó végéig jelentést köteles küldeni az ÁNTSZ területileg illetékes kistérségi intézetének,
7. a gyermek egészségügyi dokumentációjában és a Gyermek-egészségügyi kiskönyvben az oltás megtörténtekor dokumentálja az oltás dátumát, az oltás megnevezését, az oltóanyag nevét, gyártási számát és pecsétjével és szignójával igazolja,
8. gondoskodik az oltóanyagok előírásoknak megfelelő tárolásáról és az elszámolásról,
9. azonnal jelenti az oltást követő nem kívánatos eseményt a megfelelő nyomtatványon (az oltásokkal kapcsolatos fokozott reakciókat, szövődményeket).

---

<sup>7</sup> A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3) NM rendelete

A folyamatos oltási rend szerint végzett életkorhoz kötött kötelező védőoltással kapcsolatos tevékenység folyamatábráját a 10. sz. melléklet tartalmazza. A védőoltással kapcsolatos tevékenység ellenőrzésének alapja az orvos és a védőnő dokumentációja és a Gyermekegészségügyi kiskönyv oltási dokumentuma. A védőoltások dokumentációja a gyermekegészségügyi törzskarton/gonдозási lap részét képezi.

## **5. Fokozott gondozás**

A gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében az észlelő-és jelző rendszernek egyaránt tagja a házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint illetékes területi védőnő. Aki a gyermek veszélyeztetettségét észleli, annak kötelessége haladéktalanul jelezni a gyermekjóléti szolgálat felé, szükség esetén hatósági eljárást kezdeményezni.

Amennyiben a házi gyermekorvos/háziorvos észleli, hogy a közösen gondozott személy (család) fokozott figyelmet és/vagy fokozott gondozást igényel, akkor fontos, hogy arról mielőbb tájékoztassa a lakóhely szerint illetékes területi védőnőt is, megbeszélésre és dokumentálásra kerüljenek a legfontosabb teendők, illetve gondozási feladatok.

A gyermek fejlődését veszélyeztető tényező észlelésekor a védőnő számára a 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3.§ gc) szakasza írja elő a házi gyermekorvos/háziorvos, illetve a gyermekjóléti szolgálat értesítését és a veszélyeztetett gyermek és családja fokozott gondozásba vételét, szükség esetén hatósági eljárás kezdeményezését is.

## **6. A megelőző-gyógyító alapellátás körülményeinek változása**

A választott vagy a területileg kötelezett házi gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint illetékes területi védőnő kölcsönösen tájékoztassák egymást, ha a közösen gondozott személy megelőző-gyógyító alapellátásában változás történik pl. átjelentkezik a praxisból, tartózkodási címe megváltozik, megszűnik az ellátási kötelezettség az életkor miatt, védőnői ellátás igénybe vételét visszautasítja. Ez utóbbi esetben jelzéssel kell élni írásban a Gyermekjóléti Szolgálat felé.

Fontos abban az esetben is konzultálni, ha a védőnő hosszabb ideig nem találja a lakcímen vagy tartózkodási címen a családot, illetve, ha az orvos tudomására jut, hogy egy család lakcíme, tartózkodási helye megváltozott.

### **Az ajánlás alapjául szolgáló jogszabályok és szakmai szabályok:**

- A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelete;
- A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelete;
- A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló többszörösen módosított 18/1998. (VI. 3.) NM rendelete;
- A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM. rendelet;
- A képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról 14/1994. (VI. 24.) MKM rendelete;
- Az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) védőoltásokról szóló, az adott évre vonatkozó módszertani levele;
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja A házi gyermekorvos kompetencia listájáról (Készítette: Csecsemő-és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, érvényessége 2009. december 31.);
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja A házi orvosi kompetencia listájáról (Készítette: A Háziorvostani Szakmai Kollégium és az Országos Alapellátási Intézet, érvényessége 2008. december 31.);
- Az Egészségügyi Minisztérium közleménye Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyvéről (1.0 változat) (MEES).[Egészségügyi Közlöny, 4. szám. 2007. február 21.];
- A gyermekek védelméről és a gyámsági igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény;
- A vizsgálati és terápiás eljárásrend kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendjéről szóló 23/2006. (V. 18.) EüM rendelet (11.§).

**A védőnői szűrővizsgálatok igazolásához felhasznált irodalom:**


- Országos Longitudinális gyermeknövekedés-vizsgálat referencia értékei alapján, Joubert K., Darvay S., Ágfalvi R., KSH Népeségtudományi Kutató Intézet.
- A pszichomotoros fejlődés zavarainak felismerése és ellátása az alapellátás gyakorlatában, OGYEI 2. sz. Módszertani levél, 2004.
- Gyermekegészségügyi Kiskönyv, ISBN 963 04 3330 3.
- A kancsalság és a fénytörési hibák felismerése és kezelése, a tompalátás megelőzése, OCSGYI, 51. sz. Módszertani levél, 1996.
- Mester E.: Az alapellátás feladatai a látászavarok felismerésében, Iskola-egészségügy, OGYEI, 2005.
- Murányi – Kovács Endréné, Kabainé Huszka Antónia: A gyermekkori és a serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája, Nemzeti Tankönyvkiadó Rt, Budapest, 1998.
- Gádos J., Gyenge E.: Mentális problémák gyermek-és serdülőkorban. Az iskola-egészségügy szerepe a mentális problémák megelőzésében és ellátásában, Iskola-egészségügy, OGYEI, 2005.

Az ajánlás a jogszabályok alapján került összeállításra, mely a 60/1992 (XI. 17.) AB határozat alapján semmilyen módon nem értelmezhető állásfoglalásként, ilyen célra más hatósági vagy peres eljárásban nem használható fel.

Budapest, 2009. október 28.



**Dr. Falus Ferenc**  
országos tiszti főorvos



**Odor Andrea**  
országos vezető védőnő  
a védőnői ellátás szakfelügyelete részéről



**Dr. Kovács Julianna**  
országos házi gyermekorvos szakfelügyelő főorvos  
a gyermek-alapellátás szakfelügyelete részéről

Védőnői Szolgálat megnevezése:.....

Címe:.....Telefon:.....E-mail:.....

A területi védőnő neve (nyomatott betűkkel): .....

**Védőnői Tájékoztató (Igazolás)****1 hónapos korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

Gyermek neve: .....Születési ideje: .....TAJ száma: .....

Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal): .....

**TESTI FEJLŐDÉS:**Testtömeg: ..... (g) Testtömeg percentilis<sup>1</sup>: .....

Testhossz: ..... (cm) Testhosszúság percentilis: .....

Testhosszúságra vonatkoztatott testtömeg percentilis: .....

Fejkörfogat: ..... (cm) Kutacs: ..... (ujjnyi) Mellkaskörfogat: ..... (cm)

**PSZICHOMOTOROS ÉS MENTÁLIS FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**Figyelme felkelthető:  igen, érdeklődő  Megítélése bizonytalan  Nem, közömbösHasra fektetve fejét átfordítja:  igen  nem Nyugalomban keze ökölben van:  igen  nemVégtagok flexiós (hajlított) tartásban vannak:  igen  nem Alvása nyugodt:  igen  nemTúlzottan sírós, ingerlékeny:  igen  nem Túlságosan nyugodt:  igen  nemAluszékony:  igen  nemMegnyugtatható:  igen, könnyen  igen, nehezen  nem**LÁTÁS VIZSGÁLATA:**Szemeknél látható-e eltérés: Jobb:  igen  nem; Bal:  igen  nemSzemek gyulladási állapota tapasztalható-e?  igen  nemPupillák fényre reagálnak:  igen  nemRövid időre arcra, élénk színű tárgyra fixál (tekintetét rászzegezi):  igen  nem**HALLÁS ÉS BESZÉDFEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**Emberi hangra figyel:  igen  nemErős hangra összerezzen:  igen  nemFelsírásakor anyja/gondozója hangja megnyugtató:  igen  nemRövid torokhangokat hallat:  igen  nem**EGYÉB MEGJEGYZÉS:**.....**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján, soron kívüli házi gyermekorvosi/házi orvosi vizsgálat javasolt:** igen  nem

Dátum:..... év ..... hónap ..... nap

Ph

.....  
a területi védőnő aláírása

ÁNTSZ ágazati azonosító kódja:.....

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

Dátum:..... év ..... hónap.....nap

.....  
szülő/ gondviselő aláírása<sup>1</sup> Percentilis: egyedi értékek szórásának százalékos megoszlását jelzik, pl. 25 testtömeg percentil esetén a kérdéses korcsoportba tartozók közül 25%-a a jelzettel kisebb, 75%-a nagyobb testtömegű.



Védőnői Szolgálat megnevezése:.....

Címe:.....Telefon:.....E-mail:.....

A területi védőnő neve (nyomatott betűkkel): .....

**Védőnői Tájékoztató (Igazolás)****3 hónapos korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

Gyermek neve:..... Születési ideje:..... TAJ száma:.....

Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal):.....

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg: .....(g) Testtömeg percentilis\*: (\*egyedi értékek szórásának százalékos megoszlását jelzik): .....

Testhossz: .....(cm) Testhosszúság percentilis: ..... ;

Testhosszúságra vonatkoztatott testtömeg percentilis: .....

Fejkörfogat:.....(cm) Kutacs: ..... (ujjnyi) Mellkaskörfogat: ..... (cm)

**PSZICHOMOTOROS ÉS MENTÁLIS FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**Figyelme felkelhető:  igen, érdeklődő  Meggítélése bizonytalan  Nem, közömbösAlvása nyugodt:  igen  nemTúlzottan sírós, ingerlékeny:  igen  nem Megnyugtatható:  igen, könnyen  igen, nehezen  nemTúlságosan nyugodt:  igen  nem Aluszékony:  igen  nemBeszélőre figyel:  igen  nemArcra mosolyog:  igen  nemKezébe adott csörgőt megtartja:  igen  nemGyakran aszimmetrikus tartásban van:  igen  nemHason fekve fejét 45 fokban emeli:  igen  nemVégtagok flexiós (hajlított) tartása csökken:  igen  nemÜlésbe húzva fejét emeli:  igen  nemOldaláról a hátára fordul:  igen  nem**LÁTÁS VIZSGÁLATA:**Szemeknél látható-e eltérés: Jobb:  igen  nem; Bal:  igen  nemSzemek gyulladási állapota tapasztalható-e?:  igen  nem25-30 cm távolságban arcot követ:  igen  nemKezét nézegeti:  igen  nem**HALLÁS ÉS BESZÉDFEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**Fejével a hang irányába fordul:  igen  nemFélálomban zajra összerezzen:  igen  nemFelsíráskor anyja/gondozója hangja megnyugtató:  igen  nemGöggicsél:  igen  nem**EGYÉB MEGJEGYZÉS:**.....**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján, soron kívüli házi gyermekorvosi/házi orvosi vizsgálat javasolt:** igen  nem

Dátum: ..... év ..... hónap..... nap

Ph

.....  
a területi védőnő aláírása

ÁNTSZ ágazati azonosító kódja:.....

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

Dátum: ..... év ..... hónap..... nap

.....  
szülő/ gondviselő aláírása

Védőnői Szolgálat megnevezése:.....

Címe:.....Telefon:.....E-mail:.....

A területi védőnő neve (nyomatott betűkkel): .....

**Védőnői Tájékoztató (Igazolás)****6 hónapos korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

Gyermek neve:.....Születési ideje:.....TAJ száma:.....

Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal):.....

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg:..... (g) Testtömeg percentilis\* (\*egyedi értékek szórásának százalékos megoszlását jelzik):.....

Testhossz:..... (cm) Testhosszúság percentilis: .....

Testhosszúságra vonatkoztatott testtömeg percentilis: .....

Fejkörfogat:..... (cm) Kutacs:..... (ujjnyi) Mellkaskörfogat:..... (cm)

**PSZICHOMOTOROS ÉS MENTÁLIS FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**Az általa jól ismert személyekre megkülönböztetetten reagál:  igen  nemAlvási ritmusa kialakult:  igen  nemNyugodt, kiegyensúlyozott:  igen  nem Nyugtalan, sírós:  igen  nemJátékot egyik kezéből a másikba áttesz:  igen  nemHasra és vissza fordul:  igen  nemSzimmetrikus testtartás:  igen  nemSzimmetrikus végtagmozgás:  igen  nemHason fekve egyik kézen támaszkodva játék után nyúl:  igen  nem**LÁTÁS VIZSGÁLATA:**Szemekben látható-e eltérés? Jobb:  igen  nem; Bal:  igen  nemA szemmozgás párhuzamos:  igen  nemKezét a középvonalban nézegeti:  igen  nemLeeső tárgy után néz:  igen  nem**HALLÁS ÉS BESZÉDFEJŐDÉS VIZSGÁLATA:**Emberi hangra figyel:  igen  nemErős hangra összerezzen:  igen  nemFelsíráskor anyja/gondozója hangja megnyugtatja:  igen  nemGagyog, élvezzi a hangadást:  igen  nem**EGYÉB MEGJEGYZÉS:**.....**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján, soron kívüli házi gyermekorvosi/házi orvosi vizsgálat javasolt:** igen  nem

Dátum:..... év ..... hónap ..... nap

Ph

.....  
a területi védőnő aláírása

ÁNTSZ ágazati azonosító kódja:.....

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

Dátum:..... év ..... hónap ..... nap

.....  
szülő/ gondviselő aláírása

Védőnői Szolgálat megnevezése:.....

Címe:.....Telefon:.....E-mail:.....

A területi védőnő neve (nyomatott betűkkel): .....

**Védőnői Tájékoztató (Igazolás)****1 éves korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

Gyermek neve:.....Születési ideje:.....TAJ száma:.....

Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal):.....

**TESTI FEJLŐDÉS:**Testtömeg: .....(g) Testtömeg percentilis *percentilis\** (\*egyedi értékek szórásának százalékos megoszlását jelzik):.....

Testhossz: .....(cm) Testhosszúság percentilis: ..... ;

Testhosszúságra vonatkoztatott testtömeg percentilis: .....

Fejkörfogat:.....(cm) Kutacs: ..... (ujjnyi) Mellkaskörfogat: ..... (cm)

**PSZICHÉS, MOTOROS, MENTÁLIS, SZOCIÁLIS FEJLŐDÉS ÉS MAGATARTÁSPROBLÉMÁK VIZSGÁLATA:**Egyszerű utasítást, tiltást gesztus segítségével megért:  igen  nemAkaratát kifejezi, megérteti magát:  igen  nemApró tárgyakat csippentő fogással megfog:  igen  nemFeláll:  igen  nem Kapaszkodva lépeget:  igen  nem Mászva közlekedik:  igen  nemJátékot ki-be rámol:  igen  nemKanalat próbál önállóan használni:  igen  nem Poharat próbál önállóan használni:  igen  nemÖltözködésnél, fürdetésnél aktívan közreműködik:  igen  nem**A szülő elmondása alapján:**Viselkedése általában kiegyensúlyozott:  igen  nemNehezen fogadja el az új helyzetet:  igen  nemA napirendje kialakult:  igen  nem**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA:**Rámutat képekre:  igen  nemA szemmozgás párhuzamos: igen  nem**HALLÁS VIZSGÁLATA:**Figyelmét elterelve hang irányába fordul:  igen  nemSuttogó hangot is figyel, utánoz:  igen  nem**BESZÉDFEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**Anyanyelvi hangzókészlettel halandszázik:  igen  nemEgy-egy szótagot, szót mond:  igen  nem**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (lábstatikai problémák, gerinc rendellenességek):**Végtagok alaki eltérése:  van  nincsVégtagok funkcionális eltérése:  van  nincsLáb deformitás:  van  nincsMellkas elváltozás:  van  nincs**EGYÉB MEGJEGYZÉS:**.....**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján, soron kívüli házi gyermekorvosi/házi orvosi vizsgálat javasolt:** igen  nem

Dátum:..... év ..... hónap.....nap

Ph

.....  
a területi védőnő aláírása

ÁNTSZ ágazati azonosító kódja:.....

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

Dátum:..... év ..... hónap.....nap

.....  
szülő/ gondviselő aláírása

Védőnői Szolgálat megnevezése:.....

Címe:.....Telefon:.....E-mail:.....

A területi védőnő neve (nyomatott betűkkel): .....

**Védőnői Tájékoztató (Igazolás)****2 éves korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

Gyermek neve:.....Születési ideje:.....TAJ száma:.....

Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal):.....

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg: ..... (kg) Testtömeg percentilis\* (\*egyedi értékek szórásának százalékos megoszlását jelzik).....

Testmagasság:.....(cm) Testmagasság percentilis: ..... Testmagasságra vonatkoztatott testtömeg percentilis: .....

Mellkaskörfogát: ....(cm)

**PSZICHÉS, MOTOROS, MENTÁLIS, SZOCIÁLIS FEJLŐDÉS ÉS MAGATARTÁSPROBLÉMÁK VIZSGÁLATA:**Összerendezett mozgással jár:  igen  nem Páros lábbal ugrál:  igen  nem Jól fut:  igen  nemRajzol (firkarajz):  igen  nemÖnállóan eszik:  igen  nem Öltözködésnél, fürdetésnél aktívan közreműködik:  igen  nemAkaratát érvényesíti:  igen  nem Összerakós játékot összeilleszt vagy kockából épít:  igen  nemSzobatisztaság kialakulóban:  igen  nemÖnmagát nevéen szólítja:  igen  nem „Mi ez?”-t kérdez:  igen  nemNehezen lehet vele kapcsolatot teremteni:  igen  nem**A szülő elmondása alapján:**Viselkedése általában kiegyensúlyozott:  igen  nemNehezen fogadja el az új helyzetet:  igen  nemA napirendje kialakult:  igen  nem**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA:**Rajzolásnál 10 cm-nél közelebb hajol a papírhoz:  igen  nem A szemmozgás párhuzamos:  igen  nemHunyorít:  igen  nemGyakori pislogás van-e:  igen  nem**HALLÁS VIZSGÁLATA:**Suttogó hangra figyel:  igen  nemUgyanolyan hangszínnel utánoz, énekelget:  igen  nemNehezen érti a beszédet, különösen, ha a szobában a háttérben zaj van (tv, rádió, beszéd):  igen  nem**BESZÉD FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**Rövid mondatokat alkot (alany, állítmány, tárgy):  igen  nemIsmert tárgyakat megnevez:  igen  nem**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (lábstatikai problémák, gerinc rendellenességek):**Végtagok alaki eltérése:  van  nincsVégtagok funkcionális eltérése:  van  nincsLáb deformitás:  van  nincsMellkas elváltozás:  van  nincs**EGYÉB MEGJEGYZÉS:**.....**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján, soron kívüli házi gyermekorvosi/házi orvosi vizsgálat javasolt:** igen  nem

Dátum: ..... év ..... hónap.....nap

Ph

.....  
a területi védőnő aláírása

ÁNTSZ ágazati azonosító kódja:.....

A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:

Dátum: ..... év ..... hónap.....nap

.....  
szülő/ gondviselő aláírása

Védőnői Szolgálat megnevezése:.....

Címe:.....Telefon:.....E-mail:.....

A területi védőnő neve (nyomatott betűkkel): .....

**Védőnői Tájékoztató (Igazolás)****3 éves korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

Gyermek neve:.....Születési ideje:.....TAJ száma:.....

Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal):.....

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg: .....(kg) Testtömeg percentilis\* (\*egyedi értékek szórásának százalékos megoszlását jelzik).....

Testmagasság: .....(cm) Testmagasság percentilis: ..... Testmagasságra vonatkoztatott testtömeg percentilis:.....

Mellkaskörfogat:.....(cm)

**PSZICHÉS, MOTOROS, MENTÁLIS, SZOCIÁLIS FEJLŐDÉS ÉS MAGATARTÁSPROBLÉMÁK VIZSGÁLATA:**Egyszerű formákat rajzol:  igen  nemRajzát megnevezi:  igen  nemFőbb testrészeit megnevezi:  igen  nemFél lábon néhány másodpercig megáll:  igen  nemLépcsőn váltott lábbal jár:  igen  nemSegítséget kér:  igen  nemÉrzelmeket kimutat:  igen  nemÉpítő játékokkal játszik:  igen  nemSzerepjáték megjelenik:  igen  nemÉn-tudata kialakult:  igen  nemTársakkal szívesen játszik:  igen  nemNehezen lehet vele kapcsolatot teremteni:  igen  nem**A szülő elmondása alapján:**Viselkedése általában kiegyensúlyozott:  igen  nemNehezen fogadja el az új helyzetet:  igen  nemGyakran agresszív, indulatait nem tudja kontrollálni:  igen  nemNagyon visszahúzódozó:  igen  nemNagyon fáradékony:  igen  nemAlvászavara van:  igen  nemÉrdeklődése beszűkült:  igen  nemÉtvágytalan:  igen  nemSzobatisztaság kialakult nappalra:  igen  nem**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA:**Rajzolásnál 10 cm-nél közelebb hajol a papírhoz:  igen  nemHunyorít:  igen  nemGyakori pislogás észlelhető:  igen  nemCélzott figyeléskor fejét gyakran ferdén tartja:  igen  nemTakarás ellen:  „tiltakozik”  nem „tiltakozik”Visusa vizsgálható:  Igen: Jobb szem:.....Bal szem:.....Korrigált:  igen  nem Szemüvegét viseli:  igen  nem Nem vizsgálható, nem együttműködő**HALLÁS VIZSGÁLATA ( módszer megnevezése):**.....

Jobb: .....Bal: .....

**BESZÉD FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**Rövid mondókat, verset mond:  igen  nemBeszéde érthető:  igen  nemSzemélyes névmásokat használja:  igen  nem**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (lábstatikai problémák, gerinc rendellenességek):**Vétagok alakjában eltérése:  van  nincsVétagok funkcionális eltérése:  van  nincsLáb deformitás:  van  nincsMellkas elváltozás:  van  nincsHanyagtartás:  igen  nemGerinc-rendellenesség:  igen,  nem**VÉRNYOMÁSMÉRÉS EREDMÉNYE:** ..... / ..... Hgmm Nem közreműködő**EGYÉB MEGJEGYZÉS:**.....**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján, soron kívüli házi gyermekorvosi/házi orvosi vizsgálat javasolt:** igen  nem

Dátum: .....év..... hónap.....nap

Ph

a területi védőnő aláírása

ÁNTSZ ágazati azonosító kódja:.....

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

Dátum: .....év..... hónap.....nap

.....  
szülő/ gondviselő aláírása

Védőnői Szolgálat megnevezése:.....

Címe:.....Telefon:.....E-mail:.....

A területi védőnő neve (nyomtatott betűkkel): .....

**Védőnői Tájékoztató (Igazolás)****4 éves korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

Gyermek neve:.....Születési ideje:.....TAJ száma:.....

Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal):.....

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg:.....(kg) Testtömeg percentilis\* (\*egyedi értékek szórásának százalékos megoszlását jelzik).....

Testmagasság:.....(cm) Testmagasság percentilis:..... Testmagasságra vonatkoztatott testtömeg percentilis:.....

Mellkaskörfogat:.....(cm)

**PSZICHÉS, MOTOROS, MENTÁLIS, SZOCIÁLIS FEJLŐDÉS ÉS MAGATARTÁSPROBLÉMÁK VIZSGÁLATA:**Szerepjátékokat játszik:  igen  nemKevés segítséggel önállóan öltözködik:  igen  nemSzívesen hallgat mesét:  igen  nemRajza felismerhető:  igen  nemÜgyesen mászóakázik:  igen  nemFél lábon ugrál:  igen  nemAlapszíneket megnevez:  igen  nemTöbb/kevesebb ismerete:  igen  nemApróbb tárgyakat szétszed, összerak:  igen  nemKirakós játékkal játszik:  igen  nemFeladatra koncentrálni rövid ideig képes:  igen  nemNehezen lehet vele kapcsolatot teremteni:  igen  nem**A szülő elmondása alapján:**Viselkedése általában kiegyensúlyozott:  igen  nemNehezen fogadja el az új helyzetet:  igen  nemGyakran agresszív, indulatait nem tudja kontrollálni:  igen  nemNagyon visszahúzódozó:  igen  nemNagyon fáradékony:  igen  nemAlvászavara van:  igen  nemÉrdeklődése beszűkül:  igen  nemNehezen lehet vele kapcsolatot teremteni:  igen  nemÉtvágytalan:  igen  nemSzobatisztaság kialakult nappalra:  igen  nem**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA:**Hunyorít:  igen  nemRajzolásnál 10 cm-nél közelebb hajol a papírhoz:  igen  nemTakarás ellen:  „tiltakozik”  nem „tiltakozik”Színeket jól használja:  igen  nemVisusa vizsgálható:  Igen: Jobb szem:.....Bal szem:.....Korrigált:  igen  nem Szemüvegét viseli:  igen  nem Nem vizsgálható, nem együttműködő**HALLÁS VIZSGÁLATA (módszer megnevezése):**.....

Jobb: .....Bal .....

**BESZÉD FEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**Összetett mondatokban beszél:  igen  nemJól ragozva beszél:  igen  nemRövid történetet elmond:  igen  nemBeszéd hiba észlelhető:  igen  nem**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (lábstatikai problémák, gerinc rendellenességek):**Végtagok alaki eltérése:  van  nincsVégtagok funkcionális eltérése:  van  nincsLáb deformitás:  van  nincsMellkas elváltozás:  van  nincsHanyagtartás:  van  nincsGerinc-rendellenesség:  van  nincs**VÉRNYOMÁSMÉRÉS EREDMÉNYE:**..... / ..... Hgmm**EGYÉB MEGJEGYZÉS:**.....**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján, soron kívüli házi gyermekorvosi/házi orvosi vizsgálat javasolt:** igen  nem

Dátum: .....év..... hónap.....nap

Ph

a területi védőnő aláírása

ÁNTSZ ágazati azonosító kódja:.....

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

Dátum: .....év..... hónap.....nap

.....  
szülő/ gondviselő aláírása

Védőnői Szolgálat megnevezése:.....

Címe:.....Telefon:.....E-mail:.....

A területi védőnő neve (nyomtatott betűkkel):.....

**Védőnői Tájékoztató (Igazolás)****5 éves korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet, valamint a képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról szóló 14/1994. (VI.24.) MKM rendeletnek 5. sz. melléklete alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

Gyermek neve:.....Születési ideje:.....TAJ száma:.....

Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal):.....

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg: .....(kg) Testtömeg percentilis\* (\*egyedi értékek szórásának százalékos megoszlását jelzik).....

Testmagasság: .....(cm) Testmagasság percentilis: ..... Testmagasságra vonatkoztatott testtömeg percentilis: .....

Mellkaskörfogat:.....(cm)

**PSZICHÉS, MOTOROS, MENTÁLIS, SZOCIÁLIS FEJLŐDÉS ÉS MAGATARTÁSPROBLÉMÁK VIZSGÁLATA:**Ügyesen mászik:  igen  nem Fél lábon rövid ideig egyensúlyoz:  igen  nem Fél lábon ugrál:  igen  nemHintát hajt:  igen  nem Kevés segítséggel önállóan öltözik:  igen  nem Önállóan étkezik:  igen  nemCipőjét egyedül felveszi:  igen  nem Szobatisztasága kialakult:  igen, éjjel-nappal  igen, nappal  nemAlapszíneket jól használja:  igen  nem Saját nevét tudja:  igen  nemSaját nemét tudja:  igen  nem Életkorát tudja:  igen  nemVerset, rövid mesét, történetet elmesél:  igen  nem Élményeit összefüggően elmeséli:  igen  nemMinden testrészét ismeri:  igen  nem Szülője/gondozója nevét ismeri:  igen  nemA kisebb-nagyobb fogalmát ismeri:  igen  nem A lent, fent fogalmakat helyesen használja:  igen  nemKépes 15-20 percig egy játékkal játszani:  igen  nem Társakkal kooperatívan együtt játszik:  igen  nemGombot begombol:  igen  nem Társasjátékot kezd játszani:  igen  nemA kapott feladatokat megérti, elfogadja, teljesíti:  igen  nem Szabályokat elfogad:  igen  nemRajzán a fejen kívül 5 testrész van:  igen  nem Kezesség:  jobb  bal  mindkettőNehezen lehet vele kapcsolatot teremteni:  igen  nem**A szülő elmondása alapján:**Viselkedése általában kiegyensúlyozott:  igen  nemNehezen fogadja el az új helyzetet:  igen  nemGyakran agresszív, indulatait nem tudja kontrollálni:  igen  nemNagyon visszahúzó:  igen  nemNagyon fáradékony:  igen  nem Alvászavara van:  igen  nemÉrdeklődése beszűkült:  igen  nemNehezen lehet vele kapcsolatot létesíteni:  igen  nemÉtvágytalan:  igen  nemSzobatisztaság kialakult nappalra:  igen  nemÉjszakai bevétel:  igen  nem**LÁTÁS, KANCSALSÁG VIZSGÁLATA:**Hunyórit:  igen  nem 10 cm-nél közelebb hajol a papírhoz:  igen  nem Takarás ellen:  „tiltakozik”  nem „tiltakozik”Visusa vizsgálható:  Igen: Jobb szem:.....Bal szem:.....  Nem vizsgálható, nem együttműködőKorrigált:  igen  nem Szemüvegét viseli:  igen  nem Színeket jól használja:  igen  nem**HALLÁS VIZSGÁLATA (módszer megnevezése):**.....

Jobb: ..... Bal: .....

**BESZÉDFEJLŐDÉS VIZSGÁLATA:**Beszéde idegen számára jól érthető:  igen  nemBeszédhiba:  igen  nem**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (lábstatikai problémák, gerinc rendellenességek):**Végtagok alak eltérése:  van  nincs Végtagok funkcionális eltérése:  van  nincs Láb deformitás:  van  nincsMellkas elváltozás:  van  nincs Hanyagtartás:  van  nincs Gerinc-rendellenesség:  van  nincs**VÉRYOMÁSMÉRÉS EREDMÉNYE:**..... / ..... Hgmm**EGYÉB MEGJEGYZÉS:**.....**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján soron kívüli házi gyermekorvosi/házi orvosi vizsgálat javasolt:**  igen  nem

Dátum: .....év..... hónap..... nap

Ph

a területi védőnő aláírása

ÁNTSZ ágazati azonosító kódja:.....

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

Dátum: .....év..... hónap..... nap

.....  
szülő/ gondviselő aláírása

Védőnői Szolgálat megnevezése:.....

Címe:.....Telefon:.....E-mail:.....

A területi védőnő neve (nyomatott betűkkel): .....

**Védőnői Tájékoztató (Igazolás)****6 éves korban végzett területi védőnői szűrővizsgálatról és eredményéről**

[A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII.18.) NM rendelet alapján]

**SZEMÉLYI ADATOK:**

Gyermek neve:..... Születési ideje:..... TAJ száma:.....

Lakcíme/tartózkodási helye (irányítószámmal):.....

**TESTI FEJLŐDÉS:**

Testtömeg: .....(kg) Testtömeg percentilis\* (\*egyedi értékek szórásának százalékos megoszlását jelzik).....

Testmagasság: .....(cm) Testmagasság percentilis: ..... Testmagasságra vonatkoztatott testtömeg percentilis:.....

Mellkaskörfogat:.....(cm)

**PSZICHÉS, MOTOROS, MENTÁLIS, SZOCIÁLIS FEJLŐDÉS ÉS MAGATARTÁSPROBLÉMÁK VIZSGÁLATA:**Mozgása koordinált:  igen  nemKézmozgás kifinomult:  igen  nemÁbrázolása részletező:  igen  nemKérdésekre korának megfelelő adekvát válaszokat ad:  igen  nemÖnálló (étkezés, öltözködés, mosakodás):  igen  nemKifejezi szükségleteit:  igen  nemÖsszefüggően, érthetően adja elő gondolatait, kérdéseit:  igen  nemKezesség:  jobb  bal  mindkettőNehezen lehet vele kapcsolatot létesíteni:  igen  nem**A szülő elmondása alapján:**Viselkedése általában kiegyensúlyozott:  igen  nemNehezen fogadja el az új helyzetet:  igen  nemGyakran agresszív:  igen  nemNagyon visszahúzódozó:  igen  nemNagyon fáradékony:  igen  nemAlvászavara van:  igen  nemÉrdeklődése beszűkül:  igen  nemNehezen lehet vele kapcsolatot létesíteni:  igen  nemKépes uralkodni érzelmein:  igen  nemSzabályokat elfogad:  igen  nemAlapvető viselkedési szabályokat alkalmazza:  igen  nemÉtvágytalan:  igen  nemSzobatisztaság kialakult nappalra:  igen  nemÉjszakai bevizelés:  igen  nem**LÁTÁS, KANCALSÁG VIZSGÁLATA:**Hunyórit:  igen  nem10 cm-nél közelebb hajol a papírhoz:  igen  nemKancalság gyanú:  igen  nemSzíneket jól használja:  igen  nemVisusa vizsgálható:  Igen: Jobb szem:..... Bal szem:.....Korrigált:  igen  nem Szemüvegét viseli:  igen  nem Nem vizsgálható, nem együttműködő**HALLÁS SZŰRŐVIZSGÁLATA ( módszer megnevezése):**.....

Jobb: ..... Bal: .....

**BESZÉD FEJLŐDÉS:**Összefüggően, érthetően adja elő gondolatait, kérdéseit:  igen  nemBeszédhiba:  igen  nem**MOZGÁSSZERVEK VIZSGÁLATA (lábstatikai problémák, gerinc rendellenességek):**Végtagok alaki eltérése:  van  nincsVégtagok funkcionális eltérése:  van  nincsLáb deformitás:  van  nincsMellkas elváltozás:  van  nincsHanyagtartás:  van  nincsGerinc-rendellenesség:  van  nincs**VÉRNYOMÁSMÉRÉS EREDMÉNYE:** ..... / ..... Hgmm**EGYÉB MEGJEGYZÉS:**.....**A védőnői észlelés, vizsgálat alapján, soron kívüli házi gyermekorvosi/házi orvosi vizsgálat javasolt:** igen  nem

Dátum: ..... év ..... hónap..... nap

Ph

.....  
a területi védőnő aláírása

ÁNTSZ ágazati azonosító kódja:.....

**A védőnői tájékoztató 1 példányát átvettem:**

Dátum: ..... év ..... hónap..... nap

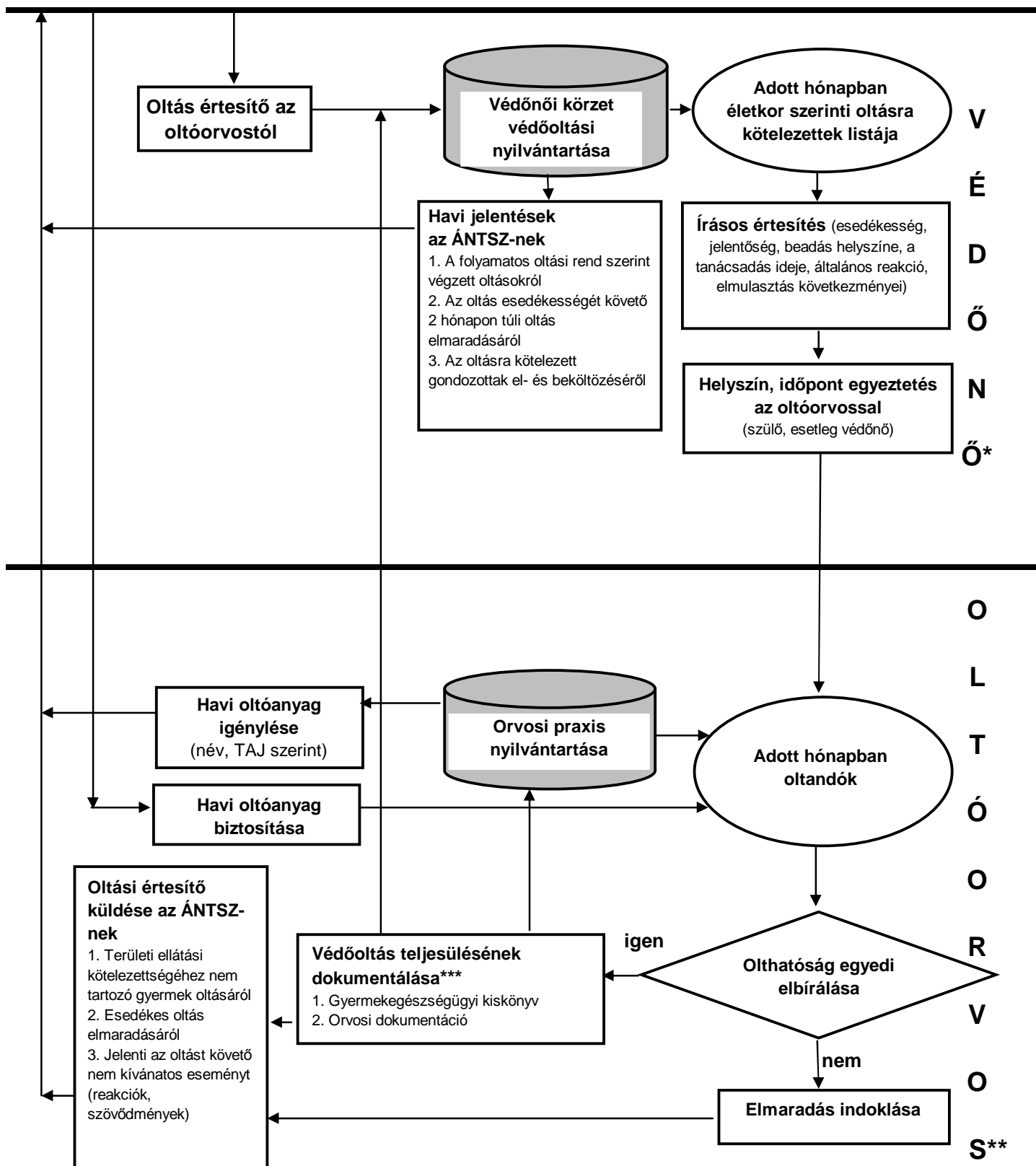
.....  
szülő/ gondviselő aláírása





## Folyamatos oltási rend szerint végzett életkorhoz kötött kötelező védőoltással kapcsolatos tevékenység folyamatábrája

**ÁNTSZ**  
**KISTÉRSÉGI INTÉZETE**



\*VÉDŐNŐ: a körzetet (ellátási területét) ellátó területi védőnő [18/1998. (VI.3.) NM rendelete 5.§ (9); 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet 2. § (3-4.)]

\*\*OLTÓORVOS: az oltásra kötelezett házi gyermekorvosa/háziorvosa [18/1998. (VI.3.) NM rendelete 5.§ (9)]

\*\*\*Amennyiben az OLTÓORVOS a védőnői körzethez tartozó oltandó gyermeket a területi védőnő jelenléte nélkül oltja, akkor az oltás megtörténtét az oltás beadásának napján írásban köteles jelenteni a rendelő helye szerint illetékes ÁNTSZ kistérségi intézetének; az értesítés történhet az erre a célra rendszeresített oltási értesítőn vagy azzal megegyező adattartalmú, egyedi jelentés formájában