

	Forma Nr. 025-112/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-120
sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, duomenys	

VAIKO SVEIKATOS RAIDOS ISTORIJA NR. _____

_____ (vardas, pavardė, gimimo data)

Šeimos (vaikų ligų) gydytojo vardas, pavardė _____

Pradėta _____ m.

VAIKO SVEIKATOS RAIDOS ISTORIJA NR. _____

A. k.	lytis	gimimo data						
		metai	mėnuo	diena				

Vardas ir pavardė _____

Gimimo data _____ Lytis: moteris, vyras (pabraukti)

Gyvenamoji vieta, telefono numeris, el. pašto adresas _____

Lankoma ugdymo įstaiga _____
pavadinimas

1 lentelė. Pagrindiniai kraujo rodikliai

	Vaikas	Motina	Tėvas
Kraujo grupė			
Kraujo Rh. faktorius			
Papildomos žymos			

Jautrumas medikamentams

2 lentelē. Neįgalumas ir specialieji poreikiai

Neįgalumas ir specialieji poreikiai		Data	
Diagnozė (TLK-10-AM)	Neįgalumo lygis ir / ar specialieji poreikiai	Nuo	Iki

3 lentelē. Lėtines ligos

Data	Diagnozė	TLK-10-AM kodas

4 lentelē. Šeimos sudėtis

Šeimos nariai	Vardas ir pavardė	Amžius	Darbovietė, pareigos
Motina			
Tėvas			
Vaikai			

5 lentelē. Rizikos faktoriai šeimoje

	Vaikas	Motina	Tėvas	Sibai	Kiti giminės
Alerginės ligos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cukrinis diabetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertoninė liga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkologiniai susirgimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkuliozė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viršsvoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rūkymas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholizmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narkomanija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psichinės ligos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetiškai paveldimos ligos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maitinimas krūtimi	
1 mėn.	
2 mėn.	
3 mėn.	
4 mėn.	
6 mėn.	
9 mėn.	
12 mėn.	

6 lentelė. Genetinė anamnezė

Genetinis medis					Sutartiniai ženklai	
I					□	– sveikas vyras
II					○	– sveika moteris
II					■ ●	– sergantys (nurodyti, kuo)
I					☒ ☓	– mirė
				☒ ☓	– negyvagimis	
				☐	– abortas	
				✱	– persileidimas	
				☐ ♂ ☐	– dvyniai	
				☐ ♂ ☐	– sutuoktinių pora	
				☐ ♂ ☐	– santuoka tarp giminių	
				☐ --- ○	– nesusituokusi pora	
				☐ ♂ ○ ♂ ☐	– dvi santuokos	
				I	– senelių karta	
				II	– tėvų karta	
				III	– vaikai	
				➔	– probandas	
	Patikrinimai	Atlikimo data	Rezultatai	Medicinos sesers parašas		
1						

Vieta išrašui, gautam iš gimdymo stacionaro, įklijuoti

PIRMOJI NAUJAGIMIO APŽIŪRA NAMUOSE

1. Kelinta diena po naujagimio išrašymo iš stacionaro _____ 2. Naujagimio amžius dienomis _____

3. Motinos nusiskundimai _____

4. Bendra vaiko būklė, maitinimas ir kt. _____

5. Įgimtos anomalijos _____

6. Raumenų tonusas _____ 7. Oda, gleivinės _____

8. Kaulų sistema, kaukolė, momenėliai (DM, MM), klubo sąnariai ir kt. _____

9. Kvėpavimo sistema _____

10. Širdies ir kraujagyslių sistema _____

11. Pilvas _____ 12. Bambutė _____

13. Kepenys _____ 14. Blužnis _____ 15. Lytiniai organai _____

_____ 16. Šlapinimasis _____ 17. Tuštinimasis _____

18. Gydytojo išvada, paskyrimai _____

19. Naujagimio rizikos veiksniai _____

_____ m. _____ mėn. _____ d.

Gydytojas
šėimos, vaikų ligų gydytojas (pabraukti)

_____ *parašas*

_____ *spaudas*

SKIEPIJIMŲ PLANAS

SKIEPAI NUO TUBERKULIOZĖS (TB)

Data	Imunobiologinio preparato pavadinimas	Dozė	Serija	Pakartotinio skiepijimo data

TUBERKULINO ĮODINIS MĖGINYS

Data	Imunobiologinio preparato pavadinimas	Dozė	Serija	Pakartotinio skiepijimo data

SKIEPAI NUO HEPATITO B (HB)

Data	Imunobiologinio preparato pavadinimas	Dozė	Serija	Pakartotinio skiepijimo data

SKIEPAI NUO KOKLIUŠO, DIFTERIJOS, STABLIGĖS, POLIOMIELITO, HAEMOFILUS INFLUENZE B TIPO INFEKCIJOS (DTaP-IPV-HiB)

Data	Imunobiologinio preparato pavadinimas	Dozė	Serijs	Pakartotinio skiepavimo data

SKIEPAI NUO TYMU, EPIDEMINIO PAROTITO, RAUDONUKĖS (MMR)

Data	Imunobiologinio preparato pavadinimas	Dozė	Serijs	Pakartotinio skiepavimo data

SKIEPAI NUO KOKLIUŠO, DIFTERIJOS, STABLIGĖS, POLIOMIELITO (DTaP-IPV)

Data	Imunobiologinio preparato pavadinimas	Dozė	Serijs	Pakartotinio skiepavimo data

SKIEPAI NUO DIFTERIJOS, STABLIGĖS (dT)

Data	Imunobiologinio preparato pavadinimas	Dozė	Serijs	Pakartotinio skiepavimo data

SKIEPAI NUO POLIOMIELITO (polio:IPV;OPV)

Data	Imunobiologinio preparato pavadinimas	Dozė	Serijs	Pakartotinio skiepavimo data

SKIEPAI NUO HAEMOFILUS INFLUENZAE B TIPO INFEKCIJOS (HiB)

Data	Imunobiologinio preparato pavadinimas	Dozė	Serijs	Pakartotinio skiepavimo data

KITI SKIEPAI

Data	Imunobiologinio preparato pavadinimas	Dozė	Serijs	Pakartotinio skiepavimo data
Skiepas:				
Skiepas:				
Skiepas:				

