

## TEST PRZESIEWOWY U DZIECKA- w 12 miesiącu życia

Imię/imiona:.....Nazwisko:.....

Data urodzenia: .....PESEL.....

Adres zam. ....

Rodzic/Opiekun prawny/faktyczny\*: .....

Telefon.....

Wywiad z rodzicem/opiekunem prawnym/faktycznym\*.....

.....

.....

.....

Długość ciała	cm	centyl	
Masa ciała	.kg.	centyl	BMI
Obwód głowy	cm	centyl	
Obwód klatki piersiowej: .....	cm	centyl	
RR: ...../....., tętno: .....,			
Słuch* (badanie orientacyjne): prawidłowy / nieprawidłowy.			
Wzrok* (badanie orientacyjne): prawidłowy / nieprawidłowy.			

### Rozwój psychomotoryczny (ocena orientacyjna)

	TAK	NIE	CZASAMI
-dziecko samodzielnie staje, podejmuje próby chodzenia przy meblach			
- dziecko swobodnie raczkuje			
- próbuje przez chwilę stać samodzielnie bez podtrzymywania			
-wyjmuje i wkłada do pojemnika różne przedmioty ( wkłada mały przedmiot do dużego)			
- współpracuje przy ubieraniu i karmieniu			
- posługuje się kilkoma prostymi wyrazami (około trzech)			
-rozpoznaje wszystkich domowników (okazuje i zaspakaja potrzebę bliskości, wyciąga rączki i przytula się do najbliższych)			
- zaczyna okazywać zainteresowanie innymi dziećmi, utrzymując potrzebę bliskości z matką / najbliższymi			
- zaczyna wykazywać zdolności do samokontroli			

Uwagi.....

.....

.....

.....

Data badania: .....

Podpis, pieczęć pielęgniarki  
rodzinnej

\*właściwe podkreślić

.....