**A.İ.B.Ü. Okul Öncesi Eğitimi Uygulama ve Araştırma Merkezi**

**Bolu Bağışçılar Vakfı Kreşi Sağlık İzleme Formu**

Anne Baba Acil durumlarda ulaşılacak kişi

|  |  |
| --- | --- |
| **Çocuğun Adı soyadı** |  |
| **Doğum Tarihi** |  |
| **Doğum Ağırlığı/Boy uzunluğu** |  |
| **Doğum şekli****(Normal/sezaryen)** |  |
| **Doğum Süresi (kaç haftalık doğdu)** |  |
| **Kan grubu** |  |
| **Okula başlama tarihi** |  |
| **Annenin Adı Soyadı** |  |
| **Anne İletişim** |  |
| **Babanın Adı Soyadı** |  |
| **Baba İletişim** |  |
| **Acil durumda başvurulacak kişinin Adı Soyadı** |  |
| **Acil durumlarda başvurulacak kişi iletişim** |  |
| Çocuğunuz anne sütü aldı mı/ aldıysa kaç ay aldı? |  |
| Çocuğunuz kaç aylıkken ek gıda / mama başladınız? |  |
| Çocuğunuz yalancı emzik/ biberon kullandı mı? Kullandıysa eğer ne kadar süre kullandı? |  |
| Çocuğunuz vitamin şurubu/damlası kullandı mı? Kullandıysa eğer ne sıklıkta kullanıldı? |  |
| Çocuğunuzun vücut ağırlığı size göre nasıl?(çok zayıf, zayıf, normal, kilolu, şişman) |  |
| Şu ana kadar hangi bulaşıcı hastalıkları geçirdi? |  |
| Şu ana kadar aşağıda belirtilen hastalıklardan hangilerini geçirdi/ kaç kez?( kulak enfeksiyonu, boğaz enfeksiyonu, pnömoni, zatürre, idrar yolu enfeksiyonu, ishal, mide-barsak enfeksiyonu) |  |
| Çocuğunuzda aşağıda belirtilen hastalıklardan hangileri var?(astım, alerjik rinit, atopik dermatit, besin alerjisi, diğer) |  |
| Çocuğunuzda ya da birinci derece akrabalarınızda aşağıdaki sağlık problemlerinden bir ya da birkaçı varsa belirtiniz.( şeker hastalığı, kalp hastalığı, yüksek tansiyon, kanser, anemi, kan yağlarında yükseklik, felç geçirme vb) |  |
| Çocuğunuzun sürekli kullandığı ilaç varsa belirtiniz. |  |
| Çocuğunuz için yüksek ateş durumunda kullanılması önerilen ilaç/ilaçlar nelerdir? Belirtiniz. |  |
| Çocuğunuzun kullandığı protez/ tıbbi cihaz (kulak tüpü, platin, kalp pili vb.) var mı?  |  |
| Sağlık izleme formuna kaydettiğim bilgilerin doğruluğunu beyan eder, ilgili hekim, okul hemşiresinin ve hemşirenin bulunmadığı durumlarda sınıf öğretmeninin çocuğa uygulayabileceği veya uygulaması gereken tüm acil tıbbi müdahaleleri onayladığımı bildiririm.Veli Adı Soyadı İmza Tarih |