



ПРЕДШКОЛСКА УСТАНОВА

"РАДОСНО ДЕТИЊСТВО"

НОВИ САД

Павла Симића бр. 9

Мат. бр. 08038384

ПИБ: 101584396

Тел. 021/420-439; факс 021/527-547

е-mail: predskolska.novisad@gmail.com

Б р о ј:

Д а н а:

Вртић:

ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ ДЕТЕТА У ПРЕДШКОЛСКОЈ УСТАНОВИ

Име и презиме детета _____

Датум и година рођења _____

Број здравственог картона _____

Подаци о здравственом стању детета (попуњава изабрани педијатар)

Хронично незаразне болести

ДА НЕ

Ако је одговор ДА навести дијагнозу и терапију коју дете користи

Алергије на лекове, нутритивне алергене и остало

ДА НЕ

Ако је одговор ДА навести алергију/интолеранцију и терапију/режим исхране коју дете користи

Да ли је дете уредно вакцинисано и психофизички способно за пријем у Предшколску установу

ДА НЕ

Вакцинални статус детета – да ли је дете вакцинисано у складу са узрастом

Вакцина		Датум имунизације	Вакцина	Датум имунизације	Друге вакцине и имуно-билошки препарати	Датум имунизације
BSG			OPV			
DT	I			I		
	II			II		
	III			III		
	R1			R1		
DT	R2		HEP B	I		
dt	R3			II		
TT	R			III		
MM	V		HEM Inf.B	I		
	R			II		
				III		

Ако дете није вакцинисано у складу са узрастом навести контраиндикације.

Потпис и М.П. изабраног педијатра
