



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:
В р т и ћ:

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

Дете уредно вакцинисано и психофизички способно за пријем у Предшколску установу

ДА

НЕ

Вакцинални статус у складу са узрастом

Вакцина против	Датум имунизације	Вакцина против	Датум имунизације
BCG		Малих богиња, заушака, рубеле (MMR)	
Дифтерије, тетануса, великог кашља (DTP, DTaP, DT, dT, TT)		Хепатитис Б (HB i HBlg)	
Дечије парализе (OPV, IPV)		Обољења изазвана Хемофилусом инфлуенце тип Б (Hib)	
		Других обољења	

Ако дете није вакцинисано за узраст навести контраиндикације:

Потпис и факсимил изабраног педијатра
