

## **ZDRAVSTVENA DOKUMENTACIJA ZA UPISE U UČENIČKI DOM**

- Liječnička potvrda o sposobnosti boravka u učeničkom domu
- Cjelokupno popunjena i potpisana zdravstvena izjava o učenici/učeniku (objavljena na našim stranicama)
- Dokumentacija o oboljenju i liječenju (fotokopija) ukoliko postoji neka zdravstvena ili psihička poteškoća
- Potpisana izjava da učenica/učenik nije alergičan na nikakve lijekove i da u slučaju temperature može primiti antipiretik iz domske ambulante
- Ovjereni punomoć neke treće osobe koja se nalazi u Zagrebu ukoliko roditelj/skrbnik nije u mogućnosti doći po pozivu zbog urgentnog zdravstvenog stanja učenice/učenika

## ZAŠTO JE VAŽNO DONIJETI I POTPISATI SVU DOKUMENTACIJU O UČENICI/UČENIKU PRIJE POČETKA BORAVKA U DOMU?

Kako bi što bolje proveli svu potrebnu zdravstvenu skrb o učenici/učeniku potrebno je da roditelji i učenici donesu i popune **svu** gore navedenu dokumentaciju.

U slučaju nenadane hitne situacije Dom mora imati točne anamnestičke podatke o učeniku/ci kao i kopije postojeće zdravstvene dokumentacije, eventualnih lijekova ili alergija na iste.

Bitno je napomenuti da u slučaju bilo kakve zdravstvene poteškoće učenica/učenik se treba javiti zdravstvenom voditelju u domsku ambulantu gdje mogu dobiti prvu pomoć ukoliko je to potrebno, tabletu protiv bolova ili kod povišene tjelesne temperature.

Djelatnici doma ne daju antibiotike niti specifičnu terapiju učenicima.

Svaku zdravstveno-psihičku promjenu roditelji su dužni prijaviti zdravstvenoj voditeljici ili odgajatelju. Međutim djelatnici doma nisu opunomoćenici za učenicu/ka pa smo iz iskustva tijekom godina vidjeli da je potrebna ovjerena punomoć neke osobe koja stanuje u Zagrebu i mogla bi po pozivu djelatnika doma stići prije samih roditelja koji stanuju u daljnjim dijelovima Hrvatske.

Liječnika opće prakse i stomatologa roditelji po vlastitoj odluci mogu zadržati u mjestu stanovanja ili prebaciti u Zagreb zbog jednostavnosti oko izostanaka učenika iz škole ili lijekova ukoliko za njih postoji potreba (izuzetak su učenici koji su iz udaljenijih mjesta RH za njih se preporuča liječnik u Zagrebu).

S obzirom na epidemiju COVID-19 s kojom smo se susreli prošle školske godine iz iskustva vidimo da je potrebno raspolagati adekvatnim informacijama kako bi mogli što učinkovitije reagirati u svrhu zaštite učenice/ka. Bitno je napomenuti da je **roditelj dužan doći po dijete u slučaju oboljenja ili sumnje na zdravstvenu ugrozu te ga odvesti na kućnu skrb, također dalje protokolirati liječnika opće prakse i epidemiologa u skladu s aktualnim uputama.**

Dom osigurava jednu sobu za izolaciju sa sanitarnim čvorom čija je svrha boravak inficirane osobe od nekoliko sati do najviše 24 sata odnosno do dolaska roditelje/skrbnika.

Također se mole roditelji da ne šalju bolesnu djecu od kuće natrag u Dom jer će zdravstvena voditeljica ukoliko procjeni zdravstveni status učenika poslati ga natrag kući uz poziv roditelja da dođu po učenicu/ka.

Učenica/učenik je dužan sa sobom imati valjanu zdravstvenu iskaznicu.

Za sve informacije nazvati zdravstvenu voditeljicu na br. 01/4828362 kućni 19

# IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU UČENIKA/CE

\*IME I PREZIME \_\_\_\_\_

\*MOB. UČENIKA \_\_\_\_\_ 09 \_\_\_\_\_

DATUM I MJESTO ROĐENJA \_\_\_\_\_

\*ADRESA STANOVANJA \_\_\_\_\_

SREDNJA ŠKOLA \_\_\_\_\_ RAZRED \_\_\_\_\_

\*OIB UČENIKA/CE \_\_\_\_\_

BROJ ZDRAVSTVENE ISKAZNICE \_\_\_\_\_

*\*polja sa zvjezdicom obavezno popuniti*

## OBITELJSKA ANAMNEZA

IME MAJKE/SKRBNICE \_\_\_\_\_

ZANIMANJE \_\_\_\_\_

ŠKOLSKA SPREMA osnovna – srednja – viša - visoka

TELEFON \_\_\_\_\_ \*MOB. \_\_\_\_\_

IME OCA/SKRBNIKA \_\_\_\_\_

ZANIMANJE \_\_\_\_\_

ŠKOLSKA SPREMA osnovna-srednja-viša-visoka

TELEFON \_\_\_\_\_ \*MOB. \_\_\_\_\_

RODITELJI ŽIVE: zajedno-rastavljeno-odvojeno-umrli (otac/majka)

UČENIK IMA: braća\_\_sestre\_\_zajedničko kućanstvo ukupno broji članova \_\_\_\_\_

KRONIČNE BOLESTI U OBITELJI: Dijabetes \_\_\_\_\_

Hipertenzija \_\_\_\_\_

Artritis \_\_\_\_\_

Epilepsija \_\_\_\_\_

Srčana oboljenja \_\_\_\_\_

Duševne bolesti \_\_\_\_\_

OBITELJ STANUJE: vlastita kuća/ stan – podstanar – ugovor o najmu

## OSOBNANAMNEZA UČENIKA/CE

\*UČENIK/CA PROCIJEPLEN PO KALENDARU CIJEPLJENJA da / ne

PREBOLJENE ZARAZNE BOLESTI (navesti koje) \_\_\_\_\_

\*UČENIK/CA POROCIJEPLJEN ZA COVID 19 da/ne

\*KRONIČNE BOLESTI ne/da \_\_\_\_\_

\*ALERGIJE ne / da (navesti koje) \_\_\_\_\_

\*PM ciklus (Ž) \_\_\_\_\_

\*UČENIK/CA KORISTI LIJEKOVE U TERAPIJI da / ne

naziv lijeka \_\_\_\_\_

UČENIK DOŽIVIO FIZIČKU TRAUMU (povreda, uganuće zgloba , prijelom) da / ne

(navesti kakvu i u kojoj životnoj dobi) \_\_\_\_\_

UČENIK/CA DOŽIVIO PSIHIČKU TRAUMU (smrt bliske osobe, obiteljske svađe, nasilje, požar, provalu, prometnu nesreću i sl.) \_\_\_\_\_

UČENIK/CA HOSPITALIZIRAN ne/da (ako da u kojoj dobi i razlog) \_\_\_\_\_

VID UČENIKA/CE : normalan - kratkovidan/na - dalekovidan/na - strabizam

(ukoliko ima refraktivnih problema navesti dioptriju i pomagala koja koristi) \_\_\_\_\_

**OKRENI**

SLUH UČENIKA/CE: normalan-nagluh-gluh \_\_\_\_\_  
\*NEUROTSKE SMETNJE UČENIKA/CE: tikovi - učestale glavobolje - grickanje noktiju - noćno mokrenje/hodanje, pričanje u snu/drugo \_\_\_\_\_

UČENIK/CA POHAĐAO: logopedska th. \_\_\_\_\_

Fizikalna th. \_\_\_\_\_

Psihološka th. \_\_\_\_\_

**\*SPECIFIČNA PREHRANA ne / da**

(\*alergije na određenu hranu, celijakija i sl) \_\_\_\_\_

SLOBODNE AKTIVNOSTI \_\_\_\_\_

\*NADLEŽAN LIJEČNIK OPĆE MEDICINE

IME \_\_\_\_\_ DZ \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

\*NADLEŽAN LIJEČNIK DENTALNE MEDICINE

IME \_\_\_\_\_ DZ \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

## **TOČNOST PODATAKA RODITELJ ILI SKRBNIK POTVRĐUJE SVOJIM POTPISOM**

U Zagrebu .....2021.

Zahvaljujemo na suradnji!

POTPIS RODITELJA ILI ODGOVORNE OSOBE:

---

**Predlažemo Vam da potražite liječnika opće prakse i liječnika dentalne medicine u Zagrebu** obzirom da učenici/ce provode više od 9 aktivnih mjeseci u domu. Prijedlog se posebice odnosi na učenike/ce koji su iz mjesta udaljenih više od 70-ak km od Zagreba. Učenik/ca u slučaju bolesti će biti upućen liječniku opće prakse i kući ili ukoliko zdravstveni voditelj u domu procijeni ugroženost vitalnih funkcija, pozvati će se hitna medicinska pomoć i pozvati roditelji ili skrbnici.

U slučaju sumnje na COVID – 19 postupati će se u skladu s zakonskim odredbama i preporukama.

Upozoravamo također da bez obzira na liječnika u Zagrebu, roditelj ili skrbnik dužan je doći po dijete u slučaju zarazne bolesti i odvesti ga na kućnu njegu ili u dogovoru sa zdravstvenim voditeljem popratiti daljnje potrebno liječenje.

Specijalističke preglede ili pretrage i kontrole učenik/ca obavlja u pratnji roditelja ili skrbnika.

Roditelji/skrbnici su također dužni prijaviti lijekove koje učenik/ca koristi kao i svaki medicinski postupak koji učenik obavlja (o uzimanju lijekova brinu sami učenici)

Tijekom boravka u Zagrebu učenik treba sa sobom obavezno imati valjanu zdravstvenu iskaznicu.

Za pitanja i informacije javite se zdravstvenom voditelju prilikom upisa!

**Potpis roditelja** da učenik/ca **nije alergičan** na nikakve lijekove i da može u slučaju potrebe dobiti analgetik za bolove ili antipiretik protiv povišene temperature.  
(specifična terapija prima se uz nadzor liječnika opće medicine ili liječnika specijalista)

U Zagrebu.....2021.

Potpis.....

# PUNOMOĆ

Ja, -----(roditelj/skrbnik učenika)

sa prebivalištem/boravištem u -----

OIB: ----- (kontakt) -----

opunomoćujem ----- (imenovati osobu)

sa prebivalištem u -----

OIB: ----- (kontakt) -----

da me u hitnim situacijama vezano za mog sina /kćer -----

----- može zamijeniti, sve do mog osobnog dolaska u Dom.

**VAŽNO: Ukoliko nemaju tu osobu u Zagrebu roditelji su dužni odmah, po pozivu (ravnatelja, odgajatelja, zdravstvenog voditelja ili noćnog pazitelja) doći u Dom.**

U Zagrebu, .....2021.

Roditelj/skrbnik

-----