

Кантон Берн

Управління охорони здоров'я, соціальних питань
та інтеграції
Відділ охорони здоров'я
Кантонська медична служба

Призначення зустрічі зі школою

Повідомлення батькам та молоді про обов'язкові шкільні медичні огляди

Шановні батьки/опікуни, шановна молодь!

На додаток до освітнього завдання, дитячий садок і школа також мають завдання зміцнення здоров'я дітей і виявлення будь-яких проблем зі здоров'ям на ранній стадії. Тому стан здоров'я дітей перевіряється в навчальні дні під час **3 обов'язкових шкільних медичних оглядів**:

- 1) на 2-му році в дитячому садку
- 2) у 4 класі і
- 3) у 8 або 9 класі.

Зміст і обсяг трьох перевірок встановлюються законом. Інформацію можна знайти на звороті. Ці обов'язкові огляди може або безкоштовно провести шкільний лікар або приватний сімейний лікар за кошти батьків.

Обов'язковий шкільний медичний огляд проводить шкільний лікар під час планового прийому _____ в школі / в шкільній лікарні.

Якщо ви бажаєте, щоб огляд проводив ваш сімейний лікар, ви повинні записатися на прийом самостійно. Крім того, сімейний лікар повинен видати підтвердження на звороті. Будь ласка, надішліть це підтвердження не пізніше ніж за 1 тиждень до шкільного медичного огляду:

До шкільного лікаря:

До шкільної громади:

При відсутності підтвердження в день шкільного медогляду обов'язковий огляд проводить шкільний лікар.

Під час шкільних медичних оглядів також будуть перевірені щеплення, зроблені вашій дитині, і, за потреби, будуть надані рекомендації щодо вакцинації відповідно до швейцарського плану вакцинації. З вашої письмової згоди на формі «Згода на вакцинацію» шкільний лікар або ваш сімейний лікар може провести необхідні щеплення.

Якщо огляд шкільного лікаря виявить проблеми зі здоров'ям, вас повідомить шкільний лікар або сімейний лікар. Разом зі своїм сімейним лікарем ви приймаєте рішення про подальші дослідження та лікування. Шкільна медична служба за це відповідальності не несе.

Шкільний лікар готовий проконсультувати вас з усіх питань, що стосуються помітних проблем зі здоров'ям вашої дитини у зв'язку зі школою.

Ця форма повинна бути подана вчителем початкових класів принаймні за 1 місяць до призначення на шкільний медичний огляд.

Кантон Берн

Обсяг та зміст обов'язкових шкільних медичних оглядів згідно з наказом від 8 червня 1994 року про медичне обслуговування школи (зміна від 22 травня 2013 року).

- | | |
|------------------------|---|
| 2-й рік дитячого садка | <ul style="list-style-type: none">- Збір історії хвороби з батьками за допомогою анкети або інтерв'ю- Контроль проведених на даний момент щеплень, при необхідності рекомендація чи виконання щеплень- Огляд очей і слуху (аудиометрія обов'язкова)- Реєстрація пов'язаних зі школою порушень, особливо щодо моторних навичок, мови та розвитку- Вимірювання зросту та ваги |
| 4 клас | <ul style="list-style-type: none">- Збір історії хвороби з батьками за допомогою анкети або інтерв'ю- Контроль проведених на даний момент щеплень, при необхідності рекомендація чи виконання щеплень- Огляд очей і слуху (аудиометрія обов'язкова)- Огляд кістково-м'язової системи, особливо щодо сколіозу, низького положення тазу та постави- Вимірювання зросту та ваги |
| 8 та 9 клас | <ul style="list-style-type: none">- Обговорення з молодою людиною проблем зі здоров'ям та поведінкою за допомогою анкети, заповненої молодою людиною- Контроль попередніх щеплень, при необхідності рекомендація чи виконання щеплень- Огляд очей і слуху (аудиометрія обов'язкова)- Вимірювання артеріального тиску з огляду на високий кров'яний тиск- Вимірювання зросту та ваги |

На прохання та за згодою батьків молодої особи шкільний лікар може проводити подальші фізичні огляди під час кожного шкільного медичного огляду або консультувати щодо проблем.

.....

Підтвердження від сімейного лікаря про проходження шкільного медогляду, який як виконувати, як описано вище:

Цим я підтверджую, що обов'язковий шкільний медичний огляд відповідно до постанови від 8 червня 1994 року про шкільне медичне обслуговування учня

Прізвище: _____ Ім'я: _____
Дата народження: _____ Клас _____ Школа: _____
Прізвище/ім'я батьків: _____
Адреса: _____

- був проведений мною або
 буде проведений _____
(дата)

Місце і дата:

Печатка та підпис
сімейного лікаря: