

**Traduction bosnien/croate/serbe du formulaire "Information des parents et des adolescents sur les examens médicaux scolaires obligatoires" / Edition 2021**

## **Obavijest roditeljima i omladini o obaveznim školskim liječnickim pregledima**

Cijenjeni roditelji i učenici,

školska zdravstvena služba u opcinama bernskog kantona, koja djeluje na temelju zakonskih odredbi, provjerava zdravstveno stanje u javnim i privatnim dječjim vrtićima te u školama u toku obaveznog školovanja.

Školska liječnicka služba vrši preglede zdravstvenog stanja djece u prvom semestru 2. godine vrtića (ili, ako dijete ne posjećuje vrtić, u prvom semestru 1. godine osnovne škole), u 4. razredu osnovne škole te u drugom semestru druge godine srednje škole. Pojediniosti o sadržaju i opsegu pregleda navedene su na poledjini. Za nove učenike koji krecu u školu manjkajuci pregledi bit ce naknadno obavljani.

Ovi su pregledi školskog liječnika obvezni. Mogu se izvršiti ili besplatno kod kućnog liječnika ili na teret roditelja. Poslije izvršenog pregleda kućni liječnik mora izdati potvrdu (gledaj na poledini) po mogućnosti u vreme predviđenog datuma pregleda. **Tjedan dana prije školskog liječnickog pregleda** ova potvrda mora stici do školskog liječnika. **U slučaju da na dan školskog liječnickog pregleda nema potvrde, tada ce školski liječnik poduzeti obvezni pregled.**

U školski liječnicki pregled spada i kontrola obavljenih cijepljenja. Školski liječnik/liječnica može s Vašim pismenim pristankom obaviti potrebna cijepljenja. U suprotnom vas upućujemo Vašem kućnom liječniku/liječnici, da oni obave potrebna cijepljenja.

Ako se prilikom školskog liječnickog pregleda utvrde zdravstvene smetnje, o tome ce Vas obavijestiti školski liječnik/liječnica i zamoliti Vas da se javite kućnom liječniku/liječnici radi pojašnjenja ili liječenja. Školski liječnik/liječnica nije nadležan za pojašnjenja i liječenje.

Školski liječnik/liječnica Vam stoji na raspolaganju za savjete u pogledu svih pitanja koje se tice eventualnih zdravstvenih problema Vase djece u vezi sa školom.

Date prévue pour l'examen médical scolaire/Predviđeni datum školskog liječnickog pregleda koji utvđjuje školski liječnik:

Le médecin scolaire:  
Školski liječnik/liječnica:

**Učitelji u školi dužni su podijeliti ovaj obrazac najmanje mjesec dana prije zakazanog termina pregleda kod školskog liječnika/liječnice.**

**Opseg i sadržaj obaveznih školskih liječničkih pregleda, u skladu s odredbom od 8. lipnja 1994. o službi školskog zdravstva (promjena 22. svibnja 2013).**

2. godina dječjeg vrtića
- Utvrđivanje povijesti bolesti s roditeljima na osnovi Upitnika ili u razgovoru;
  - Kontrola dosadasnjih izvršenih cijepljenja, po mogućnosti preporuka i izvođenje cijepljenja;
  - Pregled oči i sluha (propisuje se audiometrija);
  - Utvrđivanje nedostataka vezanih uz školu, osobito vezano uz motoriku, jezik i razvoj;
  - Mjerenje visine i težine.
4. razred osnovne škole
- Utvrđivanje popisa bolesti s roditeljima na osnovi Upitnika ili u razgovoru;
  - Kontrola dosadasnjih izvršenih cijepljenja, po mogućnosti preporuka i izvođenje cijepljenja;
  - Pregled oči i sluha (audiometrija predpisana);
  - Pregled kralježnice, osobito vezano uz skoliozu, zakrivljenost i držanje;
  - Mjerenje visine i težine.
2. godina srednje škole
- razgovor s mladićem ili djevojkom o zdravstvenim pitanjima i ponašanju na temelju prethodno ispunjenog upitnika;
  - Kontrola dosadasnjih izvršenih cijepljenja, po mogućnosti preporuka i izvođenje cijepljenja;
  - Pregled oči i sluha (propisuje se audiometrija);
  - Mjerenje krvnog pritiska radi utvrđivanja mogućeg visokog pritiska;
  - Mjerenje visine i težine.

Po želji i u suglasnosti s roditeljima ili učenicima školski liječnik/liječnica može pri svakom školskom zdravstvenom pregledu poduzeti daljnje tjelesne pretrage kao i dati savjete uz određene probleme.

..... ✂  
**Attestation du médecin de famille au sujet de l'examen scolaire qui doit être effectué comme décrit ci-dessus / Potvrda kućnog liječnika o školsko liječničkom pregledu, kojeg treba izvršiti po gomjim propisima\*:**

J'atteste par la présente

que j'ai procédé

que je procéderai le \_\_\_\_\_ à l'examen médical scolaire obligatoire au sens de l'ordonnance du 8 juin 1994 concernant le service médical scolaire sur la personne suivante:  
Ovdje potvrđujem, da sam izvršio obavezan školsko liječnički pregled prema odluci od 8. lipnja 1994 u vezi školsko liječničke službe kod

Nom/Ime: \_\_\_\_\_ Prénom/Prezime: \_\_\_\_\_

Date de naissance/Datum rođenja: \_\_\_\_\_ Classe/Razred: \_\_\_\_\_ Ecole/Skolska zgrada: \_\_\_\_\_

Nom/prénom des parents/Ime/prezime roditelja: \_\_\_\_\_

Adresse/Ulica i mjesto: \_\_\_\_\_

Lieu et date/Mjesto i datum: \_\_\_\_\_

Tampon et signature du médecin de famille:  
Pечат i potpis kućnog liječnika/liječnice:

**\*Dostaviti školskom liječniku/liječnici tjedan dana prije školskog liječničkog pregleda.**