

OBISK 2 IN 3 LETNIKA

Ime in priimek otroka: _____
 Naslov: _____
 Ime in priimek, tel. št. starša: _____
 EMŠO: _____ KZZ: _____

Datum rojstva: _____ Spol otroka: _____
 Izbrani pediater: _____
 Izbrani zobozdravnik (če ga že ima): _____
 Ali je opravil pregled pri pedontologu DA NE

Družinski člani v gospodinjstvu

mati – oče – babica- dedek – sorojenci (koliko) _____, starost
 sorojencev _____ -
 drugi člani družine (navedi) _____

Ali otrok obiskuje preventivne preglede pri pediatru DA NE
 Ali otrok obiskuje preventivne preglede pri zobozdravniku DA NE
 Ali otrok jemlje D vitamin DA NE
 Ali je bil cepljen po programu DA NE
 Ali jemlje kakšna zdravila DA ... NE KATERA?
 Ali je otrok vključen v vrtec DA NE

Datum obiska 2. letnika: _____

OCENA ZDRAVSTVENEGA STANJA:

Zaznana večja odstopanja v:

višini DA NE teži DA NE prsnem košu DA NE
 stopalih DA NE nasilje v družini DA NE

Gibalni razvoj: _____
 Psihični razvoj: _____
 Govor: RAZUMLJIV SLABŠE RAZUMLJIV NERAZUMLJIV
 Komunikacija: _____
 Druge posebnosti: _____

Posebnosti v družini: _____

Podpis: _____ RIZDDZ št.: _____

ZDRAVSTVENA VZGOJA IN SVETOVANJE:

- prehrana otroka
- telesna dejavnost otroka in družine
- zasloni
- spanje in počitek
- cepljenje
- ustno zdravje
- razvade
- odvajanje od pleničk in navajanje na kahlico
- ustrezna skrb za osebno higieno
- navajanje otroka na samostojnost (oblačenje, hranjenje...)
- ustrezno postavljanje meja
- komunikacija z otrokom (pogovarjanje, branje...)
- pogovor o vključitvi otroka v vrtec (v kolikor ni vključen)
- kdaj gre otrok po preboleli bolezni v vrtec
- usmeritev na spletno stran www.ZDAJ.net
- drugo: _____.

Datum obiska 3. letnika: _____

OCENA ZDRAVSTVENEGA STANJA:

Zaznana večja odstopanja v:

višini DA NE teži DA NE prsnem košu DA NE
 stopalih DA NE nasilje v družini DA NE

Gibalni razvoj: _____
 Psihični razvoj: _____
 Govor: RAZUMLJIV SLABŠE RAZUMLJIV NERAZUMLJIV
 Komunikacija: _____
 Druge posebnosti: _____

Posebnosti v družini: _____

Podpis: _____ RIZDDZ št.: _____

ZDRAVSTVENA VZGOJA IN SVETOVANJE:

- prehrana otroka
- telesna dejavnost otroka in družine
- zasloni
- spanje in počitek
- cepljenje
- ustno zdravje
- razvade
- odvajanje od pleničk in navajanje na kahlico
- ustrezna skrb za osebno higieno
- navajanje otroka na samostojnost (oblačenje, hranjenje...)
- ustrezno postavljanje meja
- komunikacija z otrokom (pogovarjanje, branje...)
- pogovor o vključitvi otroka v vrtec (v kolikor ni vključen)
- kdaj gre otrok po preboleli bolezni v vrtec
- usmeritev na spletno stran www.ZDAJ.net
- drugo: _____.

Dodatni obisk (na podlagi delovnega naloga, beleži se kot kurativni obisk)

Datum: _____

Intervencije: _____

Podpis: _____ RIZDDZ št.: _____

Ocena napredka (pri drugem obisku)

OBISK 2 IN 3 LETNIKA – opomnik kaj se lahko vpraša starše

Pomembno: posvetite se le nekaj področjem, v enem obisku ne morete obdelati vseh

PREHRANA	- Koliko obrokov ima vaš otrok čez dan? - Ali vključujete otroka v pripravo obrokov in v družinski prehranjevalni ritual (npr. priprava mize, pogovor pri mizi) in ga spodbujate, da preizkuša novo hrano? - Katero pijačo najpogosteje pije? (voda, sok, mleko, čaj, sladkane pijače?) - Kako odvaja vodo in blato? - Ali ima otrok znane prehranske alergije, intolerance? - Ali med jedjo uporabljate televizijo, telefone ali druge zaslone? - Kako se odzovete, če otrok hrane ne želi oz. noče jesti? - Ali imate doma postavljena jasna in fleksibilna pravila glede prehranjevanja (npr. sede je, ne igra se z igračami, poskuša se nova hrana)?
TELESNA DEJAVNOST	- Katere naravne oblike gibanja je vaš otrok že osvojil? (npr. hoja, tek, plazenje, plezanje, dvigovanje, spuščanje, skakanje, potiskanje, vlečenje, metanje, kotaljenje ...) Ali zmore hojo po stopnicah, vožnjo poganjalčka/skiroja, daljše sprehode, hojo navkreber? - Koliko časa je vaš otrok običajno telesno dejaven čez dan? (staršem lahko ob tem predstavite smernice za telesno dejavnost otrok, starih 2 ali 3 leta - npr. vsaj 180 minut raznolike in različne intenzivne telesne dejavnosti dnevno, od tega pri 3-letnikih vsaj 60 minut zmerne do visoke intenzivnosti) - Ali je pri otroku prisotna spontana igra? (otrok se do 12. leta spontano in z veseljem giba, če le ima priložnost) Ali otroku doma omogočate okolje, ki spodbuja gibanje? (npr. dostop do zunanjega prostora, zelenih površin, igrišč, parkov...) - Ali si kot družina vzamete čas za skupno telesno dejavnost - npr. sprehod, raziskovanje okolja, gibanje skozi igro, igre z žogo, igra na igrišču, vožnja s kolesom ali triciklom/poganjavčkom,... (gibalne navade se najpogosteje oblikujejo doma, zato je skupna aktivnost dragocena). - Ali izvajate toaletni trening (odvajanje od plenice)?
ZASLONI	- Koliko časa na dan v povprečju otrok uporablja ali gleda digitalne naprave? Koliko časa na dan v povprečju uporabljate digitalne naprave v prostem času? (vprašanje za starše) - Kako pogosto je bil otrok izpostavljen digitalnim napravam ob prvem letu starosti? Kako pogosto otrok digitalne naprave uporablja samostojno? Kako pogosto otrokova uporaba digitalnih naprav prekine pogovor med vami in otrokom? - Kako pogosto otrok uporablja digitalne naprave 1 uro ali manj pred spanjem? Kako pogosto se otrok prehranjuje pred digitalno napravo? - Kako pogosto otrok uporablja digitalne naprave, da se pomiri? Kako pogosto otrok burno odreagira ob prekinitvi uporabe digitalne naprave (npr. joka, cepeta, se vrže po tleh, trmari)? - Ali je televizija (oziroma digitalne naprave) prižgana v ozadju? Ali so digitalne naprave v spalnici/sobi otroka? Ali imate narejen družinski načrt uporabe zaslonov (postavljena pravila glede uporabe digitalnih naprav)? Ali ste seznanjeni s smernicami za uporabo zaslonov?
SPANJE IN POČITEK	- Ali ima otrok urejen ritem spanja? - Ali otrok spi v svoji postelji? - Se otrok pogosto zbujata ponoči in zakaj? - Ali se otrok sam uspava? - Imate v družini vzpostavljeno večerno rutino? - Koliko počitkov ima otrok čez dan in koliko časa spi skupaj (nočno+dnevno spanje)? Ob tem naj pove priporočilo za to starost: 2 leti: 11-14 in 3. leta: 10-13 ur spanja.
CEPLJENJE	- Ali je otrok prejel vse priporočene odmerke cepiv v starosti 2–3 let (v skladu z nacionalnim programom cepljenja)? - Ali je bil otrok dodatno cepljen (npr. izven rednega programa)? - Ali starša zanimajo dodatne informacije o drugih cepivih (izbirna cepljenja)? - Ali sta starša seznanjena s pomenom cepljenja za zdravje otroka in skupnosti? - Ali imata starša kakšne pomisleke, vprašanja ali potrebo po dodatnem svetovanju glede cepljenja?
USTNO ZDRAVJE	- Čiščenje zob: kako pogosto, kdo čisti, preveriti zobno ščetko (velikost, trdoto ščetin, izrabljenost), svetovanje glede količine zobne paste (zobna pasta s 1000 ppm fluoridov za riževo zrno do 2. leta, od 2.-6. leta za grahovo zrno), ali otrok izpljune pasto, izpiranje po ščetkanju se ne svetuje, ali starši poznajo pravilno tehniko? - Prehrana - uživanje sladkih prigrizkov, pijač, ali pije ponoči in kaj, iz česa pije? - Obisk zobozdravnika - ali je otrok že bil pri zobozdravniku, ali ima izbranega zobozdravnika, ali starši poznajo priporočila za prvi pregled pri zobozdravniku (najkasneje pri 1. letu), ali obiskuje redne preventivne preglede, kakšen je odnos otroka do obravnave pri zobozdravniku? - Razvade in poškodbe zob - ali otrok sesa dudo, prst, ima navado grizenja trdih predmetov, ali je otrok že doživel udarec v zobe ali ustnice (padci, udarci...), če da, ali je bil pregledan pri zobozdravniku, če da, ali je opaziti morebitno spremembo v barvi zoba (temen/rožnat)?