

**ANNUAL STUDENT PHYSICAL EXAMINATION FORM PART I**  
(To be completed by physician and returned to AISV office by September 15th each year)

**KASMETINIS VAIKO SVEIKATOS PATIKRINIMO PAŽYMĖJIMAS I DALIS**

(Pristatyti šią gydytojo užpildytą profilaktinio sveikatos patikrinimo formą į AISV raštinę kiekvienais metais iki rugsėjo 15d. Gali būti pildoma Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose išduodama forma Nr. 027-1/a)

Date/Data: \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_

Student name (first, last): <i>Vardas, pavardė:</i>				
Date of birth (month/day/year): <i>Gimimo data (mėnuo/diena/metai):</i>	Sex/Lytis:			
<b>I. Child growth percentile:</b> <b>I. Fizinės būklės įvertinimas procentiliniu metodu:</b>				
Height (cm): <i>Ūgis (cm):</i>	Weight (kg): <i>Svoris (kg):</i>	BMI (body mass index): <i>KMI (kūno masės indeksas):</i>		
BMI evaluation: Too low <i>KMI įvertinimas: Per mažas</i>	<input type="checkbox"/> Normal <i>Normalus</i>	<input type="checkbox"/> Overweight <i>Antsvoris</i>	<input type="checkbox"/> Obesity <i>Nutukimas</i>	
Blood pressure: <i>Kraujo spaudimas:</i>				
<b>Hearing:</b> <i>Klausa:</i>	Normal <i>Normali</i>	<input type="checkbox"/>	Impaired <i>Sutrikusi</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Vision (using vision chart):</b> <b>Regėjimas (naudojant regėjimo lentelę):</b>				
W/o glasses: R _____ L _____ <i>Be korekcijos: Dešinė Kairė</i>	With glasses: R _____ L _____ <i>Su korekcija: Dešinė Kairė</i>			
Vision disorders (specify): <i>Regos sutrikimai (nurodyti):</i>				

<b>II. Tuberculin skin test (TST)*</b> <u>According to the school policy:</u> • ALL students who have been vaccinated against tuberculosis (with BCG vaccine), at the age of 7 years must have a proof of a negative TST. • ALL students who have never been vaccinated against tuberculosis, TST must be done and a proof of a negative test must be submitted each year.	
<b>II. Tuberkulino mėginys*</b> <u>Pagal mokyklos vidaus tvarkos taisykles:</u> • <i>Visiems vaikams, skiepytiems BCG vakcina nuo tuberkuliozės, privalo būti atliktas tuberkulino mėginys (kai sukanka 7 metai) ir pateiktas neigiamas tuberkulino mėginio rezultatas.</i> • <i>Visiems vaikams, neskiepytiems nuo tuberkuliozės BCG vakcina, privalo būti atliktas tuberkulino mėginys kiekvienais metais ir pateiktas neigiamas tuberkulino mėginio rezultatas.</i>	
<b>Tuberculin skin test*:</b> Date: _____ <b>Tuberkulino mėginys*:</b> Data:	Reaction (mm): _____ Result: _____ <i>Reakcija (mm): Rezultatas:</i>

<input type="checkbox"/> Heart, circulatory system/ <i>Širdis, kraujotakos sistema</i>	
<input type="checkbox"/> Respiratory system/ <i>Kvėpavimo sistema</i>	
<input type="checkbox"/> Blood/ <i>Kraujas</i>	
<input type="checkbox"/> Digestive system/ <i>Virškinimo sistema</i>	
<input type="checkbox"/> Genito-urinary system/ <i>Urogenitalinė sistema</i>	
<input type="checkbox"/> Nervous system/ <i>Nervų sistema</i>	
<input type="checkbox"/> Endocrine system/ <i>Endokrininė sistema</i>	
<input type="checkbox"/> Skin (rashes)/ <i>Oda ir jos priedai (bėrimai)</i>	
<input type="checkbox"/> Development for age/ <i>Išsivystymas pagal amžių</i>	
<input type="checkbox"/> Nutrition status/ <i>Mitybos režimas</i>	
<input type="checkbox"/> Mental/behavior status/ <i>Psichinė/elgesio būklė</i>	
<input type="checkbox"/> Speech/ <i>Kalba</i>	
<input type="checkbox"/> Musculoskeletal system: <i>Skeleto-raumenų sistema:</i>	<input type="checkbox"/> Spine (curvature or other) <i>Stuburas (išlinkimas ar kita)</i> <input type="checkbox"/> Extremities <i>Galūnės</i> <input type="checkbox"/> Feet (flat, torsion, etc.) <i>Pėda (plokščia, išsukta, kt.)</i> <input type="checkbox"/> Gait (walking, running) <i>Eisena (ėjimas, bėgimas)</i>

**Diagnosis:**

**Diagnozė:**

	Child can participate in all school's educational activities, including physical education without any restrictions. <i>Vaikas gali dalyvauti visoje mokyklos vykdomoje ugdymo veikloje, įskaitant kūno kultūros ugdymą, be jokių apribojimų.</i>
	Child can participate in all school's educational activities, following these recommendations (diet, physical activity restrictions, avoidance of allergens, etc.). <i>Vaikas gali dalyvauti mokykloje vykdomoje ugdymo veikloje, laikydamasis šių rekomendacijų (dieta, fizinės veiklos apribojimai, vengti alergenai ir kt.).</i>
	Urgent help at the school might be necessary for the child (because of the allergy, chronic diseases, etc.). Specify causes and first aid treatment: <i>Vaikui gali prireikti skubios pagalbos mokykloje (dėl alergijos, lėtinių ligų ir kt.). Nurodyti priežastis ir pirmos pagalbos priemones:</i>

Physical education (PE) group: <i>Fizinio ugdymo grupė:</i>	Main <i>Pagrindinė</i> <input type="checkbox"/>  Preparatory <i>Parengiamoji</i> <input type="checkbox"/>  Special <i>Specialioji</i> <input type="checkbox"/>
Child is excused from PE classes until (specify date): <i>Vaikas atleistas nuo kūno kultūros pamokų iki (nurodyti datą):</i>	
Recommendations: <i>Rekomendacijos:</i>	

### III. REQUIRED IMMUNIZATIONS

According to the school policy, the below required immunizations must be current before a student is admitted and updated for returning students each year. (Please fill out or add: a copy of vaccination card, medical note signed by health care provider. Vaccinations have to be up-to-date each year and information provided to the school).

#### III. PRIVALOMI SKIEPAI

Pagal mokyklos vidaus tvarkos taisykles, visi mokiniai, prieš pradėdami lankyti mokyklą, turi būti paskiepyti žemiau nurodytais skiepais ir kasmet pateikti naujausią informaciją apie atliktą vakcinaciją.

(Įrašykite arba pridėkite skiepų knygelės kopiją arba kitą oficialų medicininį dokumentą, pasirašytą sveikatos priežiūros specialisto. Kiekvienais metais mokyklai turi būti pateikta naujausia informacija apie gautus skiepus).

RECEIVED VACCINES ATLIKTI SKIEPAI	Date (month/day/year) Data (mėnuo/diena/metai)				
Shots Skiepai	1	2	3	4	5
Hep B (Hepatitis B, 3 shots) Hepatito B vakcina				-	-
DTaP (Diphtheria, tetanus & acellular pertussis, 5 shots) Kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės vakcina					
Tdap booster Stabligės, difterijos, kokliušo (neląstelinio)		-	-	-	-
Hib (Haemophilus influenza type b, 3 or 4 shots) B tipo Haemophilus influenzae infekcijos vakcina					-
IPV (Inactivated poliovirus, 4 or 5 shots) Poliomielito vakcina					
MMR (Measles, mumps, rubella, 2 shots) Tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina			-	-	-
*Optional Tuberculosis (BCG)/Pasirinktinai Tuberkuliozės (BCG) vakcina		-	-	-	-
*Other vaccines/Kitos vakcinos					

NOTE: immunization procedures vary from country to country. If you have any questions regarding your child's immunizations, please discuss it with your physician.

I have examined the person herein described. It is my opinion that this person is physically able to engage in all school activities, except as noted above.

Aš apžiūrėjau čia aprašytą asmenį. Mano nuomone, šis asmuo yra fiziškai pajėgus dalyvauti visoje mokyklos veikloje, išskyrus aukščiau nurodytus apribojimus.

Date/Data:

Name and signature of physician, stamp/Gydytojo v. pavardė, parašas, spaudas:

Facility name and address/Istaigos pavadinimas ir adresas:

### IV. ORAL CAVITY AND JAWBONES ASSESSMENT (TO BE COMPLETED BY DENTAL DOCTOR)

#### IV. DANTŲ IR ŽANDIKAULIŲ BŪKLĖS ĮVERTINIMAS (PILDO GYD. ODONTOLOGAS)

Deciduous teeth (record numbers) Pieniniai dantys (įrašyti skaičius)	k ___ p ___ i ___
Permanent teeth (record numbers) Nuolatiniai dantys (įrašyti skaičius)	K ___ P ___ I ___
Dental occlusion pathology Sąkandžio patologija	No/Nėra <input type="checkbox"/> Single tooth/Pavienių dantų <input type="checkbox"/> Jawbones/Žandikaulių <input type="checkbox"/>
Dental doctor Odontologas	Signature/Parašas _____ Stamp/Spaudas _____ Facility stamp/Istaigos spaudas _____

### STUDENT HEALTH RECORD PART II

(to be completed by parents or guardians at the point of admission to school)

### MOKINIO SVEIKATOS RAIDOS ISTORIJA II DALIS

(pildo tėvai ar globėjai prieš priimant mokinį į AISV)

Student name (first, last): <i>Vardas, pavardė:</i>	Date of birth (month/day/year): <i>Gimimo data (mėnuo/diena/metai):</i>
Phone number (parents' or guardians'): <i>Tėvų arba globėjų tel. numeriai:</i>	Address in Vilnius: <i>Adresas Vilniuje:</i>
Languages spoken at home: <i>Namuose kalbama šiomis kalbomis:</i>	Grade/Klasė:
Blood type: <i>Kraujo grupė:</i>	<b>Allergies:</b> <i>Alergijos:</i>

<b>I. PERMISSION TO ADMINISTER MEDICINE AT SCHOOL:</b> Do you give permission for your child to receive medication at school for minor discomfort or while waiting for parent pick-up (Acetaminophen, Ibuprofen, throat lozenges, Smecta)? <b>I. LEIDIMAS DUOTI VAISTUS MOKYKLOJE:</b> Ar sutinkate, kad mokykloje arba laukdamas pasiimti atvykstančių tėvų, jūsų vaikas gautų vaistų nedideliems negalavimams pašalinti (Acetaminofeno, Ibuprofeno, pastilių nuo gerklės skausmo, „Smectos“)?	YES <b>TAIP</b>	If <b>YES</b> , please specify name and dose: <i>Jeigu <b>TAIP</b>, nurodykite pavadinimą ir dozę:</i>
	NO <b>NE</b>	
Is your child on a <b>special diet</b> ? <i>Ar jūsų vaikas laikosi specialios dietos?</i>	YES <b>TAIP</b>	If <b>YES</b> , please specify: <i>Jeigu <b>TAIP</b>, prašome paaiškinti:</i>
	NO <b>NE</b>	
<b>II. AUTHORIZATION FOR ROUTINE HEALTH SCREENINGS</b> With my signature I give a permission for the school nurse to perform a routine checks of my child's height, weight, vision (using an eye chart), hearing (by vispering), head lice inspection when needed. <b>II. LEIDIMAS ATLIKTI SVEIKATOS IR HIGIENOS PATIKRĄ</b> <i>Savo parašu aš duodu leidimą mokyklos slaugytojai atlikti ūgio, svorio matavimą, regėjimo patikrą (naudojant regėjimo tikrinimo lentelę), klausą šnabždesiu, periodinę patikrą dėl utėlių.</i>		<b>Signature/Parašas:</b>

### III. STUDENT'S HEALTH – PAST AND PRESENT:

#### III. PERSIRGTOS LIGOS:

Hepatitis/Hepatitis	
Mumps/Kiaulytė	
Scarlet fever/Skarlatina	
Measles/Tymai	
German measles (rubella)/Raudonukė	
Chicken pox /Vėjaraupiai	
Tuberculosis /Tuberkuliozė	
Other/Kitos	

**Signature of parent or guardian/Tėvo arba globėjo parašas:**

Date/Data: