

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА: _____

ДАТА: _____

Впишите печатными буквами.

Американская академия педиатрии

АНКЕТА, ЗАПОЛНЯЕМАЯ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ BRIGHT FUTURES ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 10 ЛЕТ



Чтобы предложить вам и вашему ребенку наилучшее медицинское обслуживание, нам необходимо знать, как у вас обстоят дела. Ответьте на все вопросы. Спасибо.

О ЧЕМ БЫ ВЫ ХОТЕЛИ ПОГОВОРИТЬ СЕГОДНЯ?

Есть ли у вас какие-либо опасения, вопросы или проблемы, которые вы бы хотели обсудить сегодня? Нет Да, опишите:

РАССКАЖИТЕ НАМ О ВАШЕМ РЕБЕНКЕ И СЕМЬЕ.

Что вас больше всего радует или восхищает в вашем ребенке?

Есть ли у вашего ребенка особые медицинские потребности? Нет Да, опишите:

Происходили ли в последнее время в жизни вашего ребенка или вашей семьи серьезные изменения? Нет Да, опишите:

Возникли ли у кого-либо из родственников вашего ребенка новые проблемы со здоровьем с момента последнего посещения? Нет Да Не уверен(-а) Если да или вы не уверены, пожалуйста, опишите:

Проживает ли ваш ребенок с кем-либо, кто курит, или проводит время в местах, где курят или используют электронные сигареты? Нет Да Не уверен(-а)

РОСТ И РАЗВИТИЕ ВАШЕГО РЕБЕНКА

Есть ли у вас конкретные опасения в отношении развития, обучения или поведения вашего ребенка? Нет Да, опишите:

Отметьте галочкой каждое из заданий, с которым справится ваш ребенок.

- Демонстрирует способность ладить с другими и контролировать свои эмоции
- Предпочитает есть здоровую пищу и ежедневно проявлять физическую активность
- Формирует теплые, доверительные отношения с членами семьи, другими взрослыми и сверстниками

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 10 ЛЕТ**ОЦЕНКА РИСКОВ**

Анемия	Включает ли рацион вашего ребенка богатые железом продукты, например, мясо, обогащенные железом зерновые продукты или бобовые?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Придерживается ли ваш ребенок вегетарианства (не ест красное мясо, курицу, рыбу и морепродукты)?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Если ваш ребенок вегетарианец (не ест красное мясо, курицу, рыбу и морепродукты), то принимает ли он пищевые добавки с железом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Вы когда-либо сталкивались с трудностями, пытаясь прокормить семью?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
Здоровье полости рта	Содержит ли основной источник воды вашего ребенка фтор?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
Туберкулез	Родился ли или посещал ли ваш ребенок или кто-либо из членов семьи страну, где часто встречается туберкулез (сюда относятся страны Африки, Азии, Латинской Америки и Восточной Европы)?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Имел ли ваш ребенок тесный контакт с человеком, больным туберкулезом или получившим положительный результат при анализе на туберкулез?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Заражен ли ваш ребенок ВИЧ?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ

Как обстоят дела у вас, вашего ребенка и вашей семьи?

ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ВАШЕЙ СЕМЬИ

Насилие в семье и районе проживания		
Часто ли вы слышите о насилии в вашем сообществе или школе?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Подвергался ли ваш ребенок когда-либо издевательствам или физическому насилию со стороны других людей?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Чувствовал ли ваш ребенок, что его исключают из дружеской компании?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Рассказывал ли ваш ребенок когда-либо вам о том, что к его интимным местам прикасались таким образом, что возникало ощущение дискомфорта?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Продовольственная безопасность		
В течение последних 12 месяцев беспокоились ли вы о том, что еда закончится до того, как у вас появятся деньги купить еще?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Бывало ли в течение последних 12 месяцев такое, что купленных вами продуктов не хватило, и у вас не было денег, чтобы купить еще?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Табак, электронные сигареты, алкоголь и наркотики		
Есть ли в жизни вашего ребенка человек, чье употребление алкоголя или наркотиков вызывает у вас опасения?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Кто-либо из друзей вашего ребенка курит, употребляет электронные сигареты, пьет алкоголь или пиво либо употребляет наркотики?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Вред от Интернета		
Знаете ли вы о том, как ваш ребенок пользуется Интернетом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас правила использования Интернета?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Установили ли вы родительский контроль на своих компьютерах, планшетах и смартфонах?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Эмоциональная безопасность и самооценка		
Кажется ли ваш ребенок обычно счастливым?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли что-то, что ваш ребенок делает очень хорошо или чем гордится?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вашего ребенка возможность помогать другим дома, в школе или в сообществе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Связи с семьей и сверстниками		
Ладят ли члены вашей семьи друг с другом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Занимаются ли члены вашей семьи чем-либо вместе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вашего ребенка домашние обязанности?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вашего ребенка друзья в школе или по соседству?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА: _____

ДАТА: _____

Впишите печатными буквами.

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 10 ЛЕТ**ВАШ ПОДРАСТАЮЩИЙ РЕБЕНОК**

Проблемы с настроением, установление разумных ограничений и друзья		
Сталкивался ли ваш ребенок за последнее время со стрессом дома или в школе?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Есть ли у вас четкие правила и ожидания в отношении своего ребенка?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Когда ваш ребенок нарушает правила, проявляете ли вы постоянство в отношении последствий и наказаний?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Помогаете ли вы своему ребенку контролировать гнев, справляться с беспокойством и решать проблемы?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Говорили ли вы со своим ребенком о том, как отказываться от курения, употребления алкоголя и наркотиков?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Начало пубертатного периода и сексуальная безопасность		
Говорили ли вы со своим ребенком об изменениях в теле, происходящих во время пубертатного периода?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Обсуждали ли вы со своим ребенком личную сферу и неприкосновенность его тела?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Говорили ли вы со своим ребенком о сексе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Знает ли ваш ребенок о том, что если кто-то касается его интимных мест или побуждает его делать что-то другое, что вызывает дискомфорт или кажется неправильным, то нужно сообщить об этом взрослому, которому он доверяет?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

ШКОЛА

Есть ли у вас опасения по поводу обучения вашего ребенка в школе?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Пропускал ли ваш ребенок более 2 дней школы в какой-либо из месяцев?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Сталкивался ли ваш ребенок со сложностями в школе и получал ли дополнительную помощь по каким-либо предметам?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Принимает ли ваш ребенок участие в мероприятиях помимо школьных?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

ПОДДЕРЖАНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Здоровье зубов		
Посещает ли ваш ребенок стоматолога?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Ваш ребенок чистит зубы и пользуется зубной нитью каждый день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Пользуется ли ваш ребенок капой при игре в контактные виды спорта?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Пьет ли ваш ребенок газировку, сок и другие подслащенные напитки?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Питание		
Есть ли у вас опасения по поводу питания веса вашего ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Есть ли у вас опасения по поводу питания вашего ребенка? Сюда относятся употребления достаточного количества молока, а также овощей и фруктов.	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Принимаете ли вы пищу вместе всей семьей?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Рассуждает ли ваш ребенок о своей внешности или диетах?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Физическая активность		
Уделяет ли ваш ребенок физической активности как минимум 1 час в день? Сюда относятся бег, спорт и активные игры с друзьями.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас опасения по поводу уровня физической активности вашего ребенка (ее слишком много или слишком мало)?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Есть ли у вашего ребенка проблемы с засыпанием и просыпается ли он ночью?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Сколько времени ежедневно ваш ребенок проводит за просмотром телевизора, игрой в видеоигры или за экраном компьютера, планшета или смартфона (не считая школьных заданий)?	_____ час(-ов)	
Есть ли в спальне вашего ребенка телевизор или подключенное к Интернету устройство?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Есть ли в вашей семье план использования средств массовой информации, позволяющий поддерживать баланс между использованием СМИ и другими семейными и личными видами деятельности?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

БЕЗОПАСНОСТЬ

Безопасность в автомобиле		
Всегда ли ваш ребенок пользуется детским сиденьем или ремнем безопасности (двух- или трехточечным), когда едет в автомобиле на заднем сиденье?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Всегда ли все ли пассажиры в автомобиле пользуются двух- или трехточечным ремнем безопасности?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Безопасность во время физической активности		
Всегда ли ваш ребенок использует шлем для защиты головы во время катания на велосипеде, роликовых коньках или занятиях другими видами спорта?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА: _____

ДАТА: _____

Впишите печатными буквами.

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 10 ЛЕТ**БЕЗОПАСНОСТЬ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

Безопасность на улице		
Ваш ребенок умеет плавать?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Знает ли ваш ребенок, что нельзя плавать одному, а в воде за ним всегда должен присматривать взрослый?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Всегда ли ваш ребенок пользуется солнцезащитным средством во время игры на улице?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Осведомленность о друзьях вашего ребенка и их семьях		
Знаете ли вы друзей своего ребенка и их семьи?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Знает ли ваш ребенок, к кому обратиться за помощью, если вас нет рядом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Безопасное обращение с оружием		
Владеет ли кто-либо из проживающих в вашем доме или месте, где бывает ваш ребенок, огнестрельным оружием?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Если да, то хранится ли это оружие в разряженном виде и под замком?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Если да, то хранятся ли патроны под замком и отдельно от оружия?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Говорили ли вы со своим ребенком о безопасном обращении с огнестрельным оружием?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

Согласуется с документом *Bright Futures: рекомендации по наблюдению за здоровьем младенцев, детей и подростков, 4-е издание*

Дополнительная информация приводится на веб-сайте <https://brightfutures.aap.org>.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Информация, содержащаяся в данной анкете, не должна использоваться вместо медицинской помощи и консультации педиатра. Рекомендации педиатра могут различаться в зависимости от конкретных фактов и обстоятельств. Исходная анкета входила в *Набор инструментов и ресурсов Bright Futures, 2-е издание*. Американская академия педиатрии (AAP) не проверяет и не утверждает изменения, вносимые в данную анкету, и ни при каких условиях не несет ответственности за эти изменения. © 2019 Американская академия педиатрии. Все права защищены.