

Американская академия педиатрии



АНКЕТА, ЗАПОЛНЯЕМАЯ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ BRIGHT FUTURES

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 11–14 ЛЕТ, ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

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

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Мой ребенок ведет здоровый образ жизни: ест здоровую пищу, занимается физической активностью и заботится о своей безопасности. | <input type="checkbox"/> Мой ребенок помогает другим самостоятельно или в рамках школьной группы, религиозной организации или сообщества. |
| <input type="checkbox"/> В жизни моего ребенка есть как минимум один взрослый, который заботится о нем и к которому он может обратиться за помощью. | <input type="checkbox"/> Мой ребенок в состоянии прийти в норму, если что-то пошло не по плану. |
| <input type="checkbox"/> У моего ребенка есть как минимум один друг или одна группа друзей, рядом с которыми ему комфортно. | <input type="checkbox"/> Мой ребенок полон надежд и уверен в себе. |
| | <input type="checkbox"/> С возрастом мой ребенок становится более самостоятельным и принимает больше решений. |

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 11–14 ЛЕТ, ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**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)
	Вашему ребенку когда-либо диагностировали железодефицитную анемию?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Вы или ваши близкие когда-либо сталкивались с трудностями, пытаясь прокормить семью?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Если у вас девочка , сталкивалась ли она с избыточным менструальным кровотечением или иной потерей крови?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Если у вас девочка , продолжается ли ее менструация более 5 дней?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
Дислипидемия	Есть ли среди родителей, бабушек и дедушек или тетя и дядей вашего ребенка люди, столкнувшиеся с инсультом или проблемами с сердцем в возрасте до 55 лет (мужчины) или 65 лет (женщины)?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Имеет кто-либо из родителей вашего ребенка повышенный уровень холестерина в крови (240 мг/дл или выше) или принимает ли лекарства для понижения уровня холестерина?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
Слух	Есть ли у вас опасения по поводу слуха вашего ребенка?	<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)
Инфекции, передающиеся половым путем/ВИЧ	Подростки, ведущие половую жизнь, подвергаются риску заражения инфекциями, включая ВИЧ. Подростки, вводящие себе инъекции наркотиков, подвергаются риску заражения ВИЧ. Опасаетесь ли вы того, что ваш подросток может быть в группе риска?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
Туберкулез	Заражен ли ваш ребенок ВИЧ?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	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)
Зрение	Есть ли у вас опасения по поводу зрения вашего ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Хорошо ли ваш ребенок видит близкие или далекие предметы?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Бывало ли такое, что ваш ребенок не прошел школьную проверку зрения?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Ваш ребенок часто щурится?	<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**

Межличностное насилие (драки и издевательства)			
Часто ли вы слышите о насилии в вашем сообществе или школе?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Вовлечен ли ваш ребенок в какой-либо из видов насилия?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
На ваш взгляд, безопасен ли ваш район проживания для вашего ребенка?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Ваш ребенок когда-либо получал травмы во время драки?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Подвергался ли ваш ребенок издевательствам или физическому насилию со стороны других людей?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Издевался ли ваш ребенок над другими людьми или проявлял ли по отношению к ним агрессию?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Говорили ли вы со своим ребенком о насилии на свиданиях и о том, как обеспечить свою безопасность?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Жизненная ситуация и продовольственная безопасность			
Есть ли у вас опасения в отношении своей жизненной ситуации?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Обеспечены ли вы обогревом помещений, доступом к горячей воде и электричеству?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас рабочие бытовые приборы?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас проблемы с насекомыми, грызунами, осыпающейся краской или штукатуркой?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
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"/> Иногда	<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"/> Иногда	<input type="radio"/> Да

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 11–14 ЛЕТ, ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ВАШЕЙ СЕМЬИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

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"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Связи с семьей и сверстниками			
Ладят ли члены вашей семьи друг с другом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Разговариваете ли вы со своим ребенком каждый день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Занимаются ли члены вашей семьи чем-либо вместе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вашего ребенка домашние обязанности?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас четкие правила и ожидания в отношении своего ребенка?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Говорите ли вы своему ребенку, что он хорошо поступил?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Связь с сообществом			
Есть ли у вашего ребенка интересы за пределами школы?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Помогает ли ваш ребенок другим дома, в школе или в сообществе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Школьная успеваемость			
Вовремя ли ваш ребенок приходит в школу?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вашего ребенка проблемы в школе?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Ваш ребенок своевременно выполняет домашние задания?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Пропускал ли ваш ребенок более 2 дней школы в какой-либо из месяцев?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Стрессоустойчивость и принятие решений			
Можно ли вашего ребенка назвать слишком беспокойным или тревожным?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Обсуждали ли вы то, как можно справиться со стрессом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Помогаете ли вы своему ребенку принимать решения и решать проблемы?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет

РОСТ И ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ВАШЕГО РЕБЕНКА

Здоровье зубов			
Ваш ребенок регулярно посещает стоматолога?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
У вас возникают проблемы с получением стоматологической помощи?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Ощущение своего тела			
Есть ли у вас опасения по поводу питания, веса или физической активности вашего ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Говорит ли ваш ребенок о наборе веса или использовании диет для снижения веса?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Здоровое питание			
Как вы считаете, ваш ребенок правильно питается?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Сложно ли вам обеспечить свою семью здоровой пищей?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Есть ли у вас опасения по поводу пищевых привычек или питания вашего ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Принимаете ли вы пищу вместе всей семьей?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Физическая активность и сон			
Уделяет ли ваш ребенок физической активности как минимум 1 час в день? Сюда относится бег, спорт и активное времяпрепровождение с друзьями.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Есть ли в вашем районе возможность безопасно играть на улице?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Занимаетесь ли вы и ваш ребенок вместе физической активностью?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Сколько времени ваш ребенок ежедневно проводит перед экраном для развлечения?	_____ час(-ов)		
Есть ли в спальне вашего ребенка телевизор, компьютер, планшет или смартфон?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Есть ли у вас правила в отношении времени, проводимого ребенком перед экраном?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
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"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Ложится ли ваш ребенок спать в одно и то же время?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 11–14 ЛЕТ, ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ВАШЕГО РЕБЕНКА

Настроение и психическое здоровье			
Часто ли ваш ребенок проявляет раздражительность?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Заметили ли вы изменения в весе или режиме сна вашего ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Часто ли у вас случаются конфликты с вашим ребенком по поводу ожиданий в отношении его поведения в вашей культуре и поведения его друзей?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Есть ли у вас опасения по поводу эмоционального здоровья вашего ребенка, например, частых проявлений грусти или депрессии?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Сексуальность			
Говорили ли вы со своим ребенком о том, как изменится его тело в пубертатный период?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Есть ли в вашей семье запреты на нахождение вне дома в ночное время и правила по поводу свиданий и друзей?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Половая жизнь			
Говорили ли вы со своим ребенком о сексе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Говорили ли вы о том, что делать в случае принуждения к сексу в той или иной форме?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Употребление психоактивных веществ			
Говорили ли вы со своим ребенком об употреблении алкоголя и наркотиков?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Знаете ли вы друзей своего ребенка?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Знаете ли вы, где находится ваш ребенок и чем он занимается после школы и в выходные дни?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Определили ли вы для своего ребенка последствия, если обнаружится, что он употребляет табак, алкоголь или наркотики?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Насколько вам известно, употребляет ли ваш ребенок в настоящее время алкоголь или наркотики или употреблял ли он их в прошлом?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Акустическая травма			
Часто ли ваш ребенок слушает громкую музыку?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да

БЕЗОПАСНОСТЬ

Использование ремня безопасности и шлема			
Всегда ли вы используете двух- или трехточечный ремень безопасности и велосипедный шлем?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Требуется ли вы от своего ребенка, чтобы во время нахождения в автомобиле он пользовался двух- или трехточечным ремнем безопасности?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Требуется ли вы от своего ребенка, чтобы он использовал спасательный жилет во время занятий водными видами спорта?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Защита от солнца			
Пользуется ли ваш ребенок солнцезащитными средствами?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Безопасное обращение с оружием			
Есть ли в вашем доме или местах, где бывает ребенок, огнестрельное оружие?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Если да, то хранится ли это оружие в разряженном виде и под замком?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Если да, то хранятся ли патроны под замком и отдельно от оружия?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Говорили ли вы со своим ребенком о безопасном обращении с огнестрельным оружием?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<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.