

Американська академія педіатрії



АНКЕТА, ЩО ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ПЕРЕД ВІДВІДУВАННЯМ BRIGHT FUTURES ВІЗИТИ ДЛЯ БАТЬКІВ У ВІЦІ ВІД 11 ДО 14 РОКІВ

Для того, щоб надати вам і вашій дитині найкраще медичне обслуговування, ми хотіли б знати, як ваші справи. Дайте відповіді на всі запитання. Дякуємо.

ПРО ЩО Б ВИ ХОТІЛИ ПОГОВОРТИ СЬОГОДНІ?

Чи є у вас якісь занепокоєння, запитання або проблеми, які ви б хотіли обговорити сьогодні? Ні Так, опишіть:

РОЗКАЖІТЬ НАМ ПРО СВОЮ ДИТИНУ ТА РОДИНУ.

Що найбільше хвилює або захоплює вас у вашій дитині?

Чи є у вашої дитини особливі медичні потреби? Ні Так, опишіть:

Чи сталися значні зміни в житті вашої дитини або родини останнім часом? Ні Так, опишіть:

Чи виникли у когось із родичів вашої дитини нові проблеми зі здоров'ям з часу вашого останнього візиту?
 Ні Так Не впевнен(-а) У разі, якщо так або не впевнені, опишіть:

Чи проживає ваша дитина з ким-небудь, хто палить, або проводить час у місцях, де палять або використовують електронні сигарети?
 Ні Так Не впевнен(-а)

ЗРОСТАННЯ ТА РОЗВИТОК ВАШОЇ ДИТИНИ

Позначте галочкою кожне із завдань, з яким впорається ваша дитина.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Моя дитина робить те, що допомагає їй вести здоровий спосіб життя, наприклад, їсть здорову їжу, займається фізичною активністю та береже себе. | <input type="checkbox"/> Моя дитина допомагає іншим сама або разом з групою в школі, релігійною організацією чи спільнотою. |
| <input type="checkbox"/> В житті моєї дитини є принаймні один дорослий, який піклується про неї і знає, що вона може звернутися до нього, якщо їй потрібна допомога. | <input type="checkbox"/> Моя дитина вміє оговтуватися, коли справи йдуть не так, як їй хочеться. |
| <input type="checkbox"/> У моєї дитини є принаймні один друг або група друзів, з якими вона почувається комфортно. | <input type="checkbox"/> Моя дитина відчуває себе впевненою в собі та в своїх силах. |
| | <input type="checkbox"/> З віком моя дитина стає все більш незалежною та приймає все більше самостійних рішень. |

ВІЗИТИ ДЛЯ БАТЬКІВ У ВІЦІ ВІД 11 ДО 14 РОКІВ**ОЦІНКА РИЗИКІВ**

Анемія	Чи включає раціон вашої дитини багаті на залізо продукти, наприклад, м'ясо, збагачені залізом зернові продукти або бобові?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи діагностували у вашої дитини коли-небудь залізодефіцитну анемію?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи доводилося вашій родині коли-небудь боротися за те, щоб нагодувати родину?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Якщо ваша дитина жіночої статі , чи бувають у неї надмірні менструальні кровотечі або інші крововтрати?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Якщо ваша дитина жіночої статі , чи триває її менструація більше 5 днів?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
Дисліпідемія	Чи є у вашої дитини батьки, бабусі, дідусі, тітки чи дядьки, які перенесли інсульт або проблеми з серцем у віці до 55 років (чоловіки) або 65 років (жінки)?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	У вашої дитини є батьки з підвищеним рівнем холестерину в крові (240 мг/дл або вище) або які приймають холестеринознижувальні препарати?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
Слухання	Чи занепокоєні ви слухом своєї дитини?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
Здоров'я ротової порожнини	Чи містить основне джерело води вашої дитини фтор?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
Інфекції, що передаються статевим шляхом/ ВІЛ	Підлітки, які живуть статевим життям, піддаються ризику зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ. Підлітки, які вживають ін'єкційний препарат, належать до групи ризику інфікування ВІЛ. Чи хвилює вас, що ваша дитина-підліток може бути в групі ризику?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
Туберкульоз	Чи інфікована ваша дитина ВІЛ?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи народилася або відвідувала ваша дитина чи будь-хто з членів сім'ї країну, де поширений туберкульоз (сюди відносяться країни Африки, Азії, Латинської Америки та Східної Європи)?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Ваша дитина мала тісний контакт з людиною, яка хворіє на туберкульоз або має позитивний результат тесту на туберкульоз?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
Зір	Чи занепокоївте вас те, як бачить ваша дитина?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Ваша дитина має проблеми з зором зблизька або здалеку?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи провалювала ваша дитина коли-небудь шкільний тест на перевірку зору?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Ваша дитина мружиться?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)

ПОПЕРЕДНІ ІНСТРУКЦІЇ**Як справи у вас, вашої дитини та вашої родини?****ЗДОРОВ'Я ТА ДОБРОБУТ ВАШОЇ РОДИНИ**

Міжособистісне насильство (бійки та булінг)			
Чи є частими повідомлення про насильство у вашій спільноті чи школі?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи брала участь ваша дитина в насильстві?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи вважаєте ви, що ваша дитина в безпеці в цьому районі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Ваша дитина коли-небудь отримувала травми в бійці?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи піддавалася ваша дитина булінгу або образам з боку інших?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи знущалася ваша дитина або була агресивною по відношенню до інших?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи говорили ви зі своєю дитиною про насильство під час побачень і про те, як убезпечити себе?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Життєва ситуація та продовольча безпека			
Чи є у вас занепокоєння щодо вашої ситуації з житлом?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи вистачає у вас тепла, гарячої води, електроенергії?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вас техніка, яка працює?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
У вас є клопоти з жуками, гризунами, облупленою фарбою чи штукатуркою?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи виникала протягом останніх 12 місяців ситуація, коли ви були схвильовані тим, що продуктів, які ви купували, не вистачало надовго, і у вас не було грошей, щоб купити більше?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи виникала протягом останніх 12 місяців ситуація, коли продуктів, які ви купували, не вистачало надовго, і у вас не було грошей, щоб купити більше?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так

ВІЗИТИ ДЛЯ БАТЬКІВ У ВІЦІ ВІД 11 ДО 14 РОКІВ**ЗДОРОВ'Я ТА ДОБРОБУТ ВАШОЇ РОДИНИ(ПРОДОВЖЕННЯ)**

Алкоголь та наркотики			
Чи є в житті вашої дитини особа, яка вживає алкоголь або наркотики, що викликає у вас занепокоєння?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Зв'язок з родиною та однолітками			
Чи добре ваша сім'я ладнає між собою?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи знаходите ви час для спілкування з дитиною щодня?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи робить ваша сім'я щось разом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вашої дитини обов'язки по дому?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вас чіткі правила та очікування для вашої дитини?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи повідомляєте ви своїй дитині, коли вона поводить себе добре?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Зв'язок з суспільством			
Чи є у вашої дитини інтереси поза школою?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи допомагає ваша дитина іншим вдома, у школі чи у вашій спільноті?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Шкільна успішність			
Ваша дитина добирається до школи вчасно?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Ваша дитина має проблеми в школі?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи виконує ваша дитина домашнє завдання вчасно?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи пропускала ваша дитина більше 2 днів у школі протягом місяця?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Подолання стресу та прийняття рішень			
Ваша дитина занадто багато хвилюється або здається надмірно тривожною?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи обговорювали ви способи боротьби зі стресом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи допомагаєте ви своїй дитині приймати рішення та вирішувати проблеми?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні

ВАША ДИТИНА РОСТЕ І ЗМІНЮЄТЬСЯ

Здоров'я зубів			
Чи регулярно ваша дитина відвідує стоматолога?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
У вас є проблеми з отриманням стоматологічної допомоги?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Образ тіла			
Чи є у вас проблеми з харчуванням, вагою або фізичною активністю вашої дитини?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Ваша дитина говорить про те, що погладшала або сидить на дієті, щоб схуднути?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Здорове харчування			
Чи вважаєте ви, що ваша дитина харчується здоровою їжею?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи виникають у вас труднощі з придбанням здорової їжі для вашої родини?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи є у вас занепокоєння щодо харчової поведінки чи харчування вашої дитини?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи обідаєте ви всією родиною разом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Фізична активність і сон			
Чи фізично активна ваша дитина щонайменше 1 годину в день? Це включає біг, заняття спортом або фізичну активність з друзями.	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи є можливість безпечно гратися на вулиці у вашому районі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи берете ви та ваша дитина участь у спільних заняттях фізичними вправами?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Скільки часу ваша дитина проводить перед монітором щодня?	_____ годин		
Чи є у вашої дитини в спальні телевізор, комп'ютер, планшет або смартфон?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи є у вас правила щодо часу, який ваша дитина проводить з екраном пристроїв?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи розробила ваша родина план використання засобів масової інформації, щоб допомогти кожному з вас збалансувати час, який ви витрачаєте на засоби масової інформації, з іншими сімейними та особистими справами?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи регулярно ваша дитина лягає спати в один і той же час?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні

ВІЗИТИ ДЛЯ БАТЬКІВ У ВІЦІ ВІД 11 ДО 14 РОКІВ

ЕМОЦІЙНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВАШОЇ ДИТИНИ

Настрій та психічне здоров'я			
Ваша дитина часто дратівлива?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи помічали ви якісь зміни у вазі або звичках вашої дитини щодо сну?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи часто у вас з дитиною виникають конфлікти з приводу того, що ваша культура очікує від її поведінки, і як поводяться її друзі?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи є у вас занепокоєння щодо емоційного здоров'я вашої дитини, наприклад, вона часто сумує або перебуває в депресії?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Сексуальність			
Чи говорили ви зі своєю дитиною про те, як буде змінюватися її тіло під час статевого дозрівання?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вас правила щодо забороненого часу, побачень та друзів?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні

ВИБІР ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Сексуальна активність			
Чи говорили ви з дитиною про секс?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи говорили ви про те, як боротися з будь-яким тиском, що примушує займатися сексом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Вживання психоактивних речовин			
Чи говорили ви зі своєю дитиною про вживання алкоголю та наркотиків?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи знаєте ви друзів вашої дитини?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи знаєте ви, де знаходиться ваша дитина і що вона робить після школи та на вихідних?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи передбачені у вас покарання для вашої дитини, якщо ви виявите, що вона вживає тютюн, алкоголь або наркотики?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Насільки вам відомо, чи вживає ваша дитина зараз алкоголь або наркотики, чи вживала вона їх у минулому?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Акустична травма			
Ваша дитина часто слухає гучну музику?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так

БЕЗПЕКА

Використання ременів безпеки та шолома			
Чи завжди ви одягаєте поясний і плечовий ремінь безпеки та велосипедний шолом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи наполягаєте ви на тому, щоб ваша дитина була пристебнута поясним і плечовим ременем безпеки в автомобілі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи наполягаєте ви на тому, щоб ваша дитина використовувала рятувальний жилет, коли займається водними видами спорту?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Захист від сонця			
Чи користується ваша дитина сонцезахисним кремом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Безпечне поводження зі зброєю			
Чи є зброя у вашому будинку або в будинках, які відвідує ваша дитина?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Якщо так, то чи зберігається ця зброя в розрядженому вигляді та під замком?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Якщо так, то чи зберігаються боєприпаси окремо від зброї?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи говорили ви зі своєю дитиною про правила безпеки поводження зі зброєю?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні

Погоджується з документом *Bright Futures: Керівництво з нагляду за здоров'ям немовлят, дітей та підлітків, 4-е видання*

Для отримання додаткової інформації відвідайте <https://brightfutures.aap.org>.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Інформація, що міститься в цій анкеті, не повинна використовуватися як заміна медичного догляду та порад вашого педіатра. Рекомендації педіатра можуть відрізнятися залежно від конкретних фактів і обставин. Початкова анкета входила до Комплекту інструментів та ресурсів *Bright Futures*, 2-е видання. Американська академія педіатрії (AAP) не переглядає і не схвалює будь-які зміни, внесені до цієї анкети, і в жодному разі не несе відповідальності за такі зміни. © 2019 Американська академія педіатрії. Всі права захищені.