

Американская академия педиатрии



## АНКЕТА, ЗАПОЛНЯЕМАЯ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ BRIGHT FUTURES

**ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 15–17 ЛЕТ, ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**

Чтобы предложить вам наилучшее медицинское обслуживание, нам необходимо знать, как у вас обстоят дела. Обсуждаемая с вами информация останется конфиденциальной. Мы надеемся, что вы сможете открыто говорить с нами о вас и вашем здоровье. Информация не будет передаваться другим людям без вашего разрешения за исключением случаев, когда у нас возникают опасения по поводу чьей-либо безопасности. **В рамках этого посещения также выполняются тесты на депрессию и употребление табака, алкоголя или наркотиков. Благодарим за уделенное время.**

**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 СЕБЕ.**

Чем вы больше всего гордитесь?

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

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

Возникли ли у кого-либо из ваших родственников новые проблемы со здоровьем с момента последнего посещения?

Нет  Да  Не уверен(-а) Если да или вы не уверены, пожалуйста, опишите:

Проживаете ли вы с кем-либо, кто курит, или проводите время в местах, где курят или используют электронные сигареты?

Нет  Да  Не уверен(-а)

**РОСТ И РАЗВИТИЕ**

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Я веду здоровый образ жизни: ем здоровую пищу, занимаюсь физической активностью и забочусь о своей безопасности. | <input type="checkbox"/> Я помогаю другим людям.  |
| <input type="checkbox"/> В моей жизни есть как минимум один взрослый, к которому я могу обратиться за помощью.                            | <input type="checkbox"/> Я в состоянии прийти в норму, если что-то пошло не по плану.           |
| <input type="checkbox"/> У меня есть друг или группа друзей, рядом с которыми мне комфортно.  | <input type="checkbox"/> Я полон(-на) надежд и уверен(-а) в себе.                               |
|   | <input type="checkbox"/> Я становлюсь все более самостоятельным(-ой) и принимаю больше решений. |

**ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 15–17 ЛЕТ, для РОДИТЕЛЕЙ****ОЦЕНКА РИСКОВ**

<b>Анемия</b>	Включает ли ваш рацион 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)
	Придерживаетесь ли вы вегетарианства (не едите красное мясо, курицу, рыбу и морепродукты)?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Если вы вегетарианец(-ка) (не едите красное мясо, курицу, рыбу и морепродукты), то принимаете ли вы пищевые добавки с железом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Вам 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)
	<b>Для девушек:</b> сталкиваетесь ли вы с избыточным менструальным кровотечением или иной потерей крови?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	<b>Для девушек:</b> продолжается ли ваша менструация более 5 дней?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
<b>Дислипидемия</b>	Есть ли среди ваших родителей, бабушек и дедушек или тетя и дядей 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 ли кто-либо из ваших родителей 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)
	Вы курите сигареты или используете электронные сигареты?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
<b>Здоровье полости рта</b>	Содержит ли фтор основной источник вашей воды?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
<b>Инфекции, передающиеся половым путем/ВИЧ</b>	Был ли у вас когда-либо секс, включая оральный? <b>ЕСЛИ НЕТ, ТО ПЕРЕЙДИТЕ К СЛЕДУЮЩЕМУ РАЗДЕЛУ (ВИЧ).</b>	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Занимаетесь ли вы незащищенным сексом?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Занимаетесь ли вы сексом с несколькими партнерами или анонимными партнерами?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Является ли кто-либо из ваших бывших или нынешних половых партнеров бисексуалом?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Вы когда-либо проходили лечение от инфекции, передающейся половым путем?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Был ли кто-либо из ваших бывших или нынешних половых партнеров заражен ВИЧ или употреблял инъекционные наркотики?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Занимаетесь ли вы сексом за деньги или за наркотики или имеете партнеров, которые это делают?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
<b>Для юношей:</b> был ли у вас когда-либо секс с другими мужчинами?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)	
<b>ВИЧ</b>	Употребляете ли вы сейчас или употребляли в прошлом инъекционные наркотики?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
<b>Туберкулез</b>	У вас есть ВИЧ?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Родились ли или посещали ли вы 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)
	Имели ли вы 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)
<b>Зрение</b>	Есть ли у вас опасения в отношении своего зрения?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Бывало ли такое, что вы не проходили школьную проверку зрения?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Хорошо ли вы видите близкие или далекие предметы?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Часто ли вы щуритесь?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ**

Как обстоят дела у вас и вашей семьи?

**КАК ВАШИ ДЕЛА**

<b>Межличностное насилие (драки и издевательства)</b>			
Чувствуете ли вы себя дома в безопасности?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Чувствуете ли вы себя в безопасности в школе и по дороге в школу и из нее?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Подвергались ли вы травле лично, в Интернете или в социальных сетях?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Знаете ли вы, как справиться с гневом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Принимали ли вы участие в драке в течение последних 12 месяцев?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да

**ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 15–17 ЛЕТ, ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ****КАК ВАШИ ДЕЛА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

<b>Межличностное насилие (драки и издевательства) (продолжение)</b>			
Вы когда-либо приносили оружие в школу?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Состоите ли вы в банде или знаете кого-либо, кто состоит в банде?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
К вам когда-либо прикасались в сексуальных целях, что вызывало у вас дискомфорт?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Вас когда-либо принуждали или подталкивали к сексуальным действиям, совершать которые вам не хотелось?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Вы когда-либо состояли в отношениях с человеком, который угрожал причинить вам вред?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
<b>Продовольственная безопасность и жизненная ситуация</b>			
Бывало ли в течение последних 12 месяцев такое, что вам не хватало еды или вы беспокоились о том, что ее может не хватить?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
<b>Алкоголь и наркотики</b>			
Есть ли в вашей жизни человек, чье употребление табака, алкоголя или наркотиков вызывает у вас опасения?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
<b>Связи с семьей и сверстниками</b>			
Ладите ли вы с членами вашей семьи?	<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
Соблюдаете ли вы правила и ограничения, установленные в вашей семье?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Ладите ли вы с друзьями и сверстниками в школе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
<b>Связь с сообществом</b>			
Есть ли у вас интересы за пределами школы?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Занимаетесь ли вы чем-либо, что у вас хорошо получается или чем вы гордитесь?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
<b>Школьная успеваемость</b>			
Пропускали ли вы более 2 дней школы в какой-либо из месяцев?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Вы хорошо учитесь в школе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас проблемы в школе?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Есть ли у вас планы о том, чем вы займетесь после окончания школы?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
<b>Стрессоустойчивость и принятие решений</b>			
Знаете ли вы, как справиться со стрессом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Часто ли вы тревожитесь или испытываете стресс?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да

**ВАША ПОВСЕДНЕВНАЯ ЖИЗНЬ**

<b>Здоровье зубов</b>			
Вы чистите зубы два раза в день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Ежедневно ли вы пользуетесь зубной нитью?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Посещаете ли вы стоматолога два раза в год?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Жуете ли вы жвачку или табак?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Если вы играете в контактные виды спорта, вы пользуетесь капой?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
<b>Ощущение своего тела</b>			
Есть ли у вас опасения по поводу своего веса?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
В настоящий момент предпринимаете ли вы попытки набрать или сбросить вес?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
Вас когда-либо дразнили из-за веса?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
<b>Здоровое питание</b>			
Есть ли у вас доступ к здоровой пище?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Едите ли вы фрукты и овощи каждый день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Вы ежедневно употребляете молоко, йогурт, сыр или другие продукты, содержащие кальций?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Вы пьете сок, газировку, спортивные напитки или энергетические напитки?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да

**ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 15–17 ЛЕТ, ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ****ВАША ПОВСЕДНЕВНАЯ ЖИЗНЬ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

<b>Здоровое питание (продолжение)</b>			
Пропускаете ли вы приемы пищи?	<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
<b>Физическая активность и сон</b>			
Уделяете ли вы 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
Сколько времени ежедневно вы проводите за просмотром телевизора, игрой в видеоигры или за экраном компьютера, планшета или смартфона (не считая школьных заданий)?	_____ час(-ов)		
Вы спите не менее 8 часов каждую ночь?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Сложно ли вам заснуть ночью или проснуться утром?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да

**ВАШЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ**

<b>Настроение и психическое здоровье</b>			
Причиняете ли вы себе вред (например, режете, бьете или щиплете себя)?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да
<b>Сексуальность</b>			
Разговаривали ли вы с родителями о свиданиях и сексе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас вопросы по поводу своей гендерной идентичности?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**

<b>Романтические отношения и половая жизнь</b>				
Если вы были в романтических отношениях, то всегда ли вы чувствовали, что находитесь в безопасности и к вам относятся с уважением?	<input type="radio"/> Неприменимо	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет
Был ли у вас когда-либо секс, включая оральный, вагинальный и анальный? <i>Если нет, то перейдите к следующему разделу.</i>	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да	
Занимаетесь ли вы в настоящее время с кем-либо сексом, в том числе оральным?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да	
Было ли у вас более одного партнера в прошлом году?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да	
Используете ли вы с партнером каждый раз презервативы?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет	
Всегда ли вы с вашим партнером используете другой вид контрацепции, наряду с презервативом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет	
Знаете ли вы о существовании экстренной контрацепции?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет	
<b>Табак, электронные сигареты, алкоголь и рецептурные или уличные наркотики</b>				
Вы когда-либо курили сигареты или использовали электронные сигареты?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да	
Вы когда-либо пили алкоголь?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да	
Вы когда-либо употребляли наркотики, включая марихуану и уличные наркотики?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да	
Вы когда-либо принимали рецептурные наркотики, которые не были выписаны вам?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да	
<b>Акустическая травма</b>				
Используете ли вы беруши или наушники с шумоподавлением для защиты слуха от громких звуков или во время концертов?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет	
Часто ли вы слушаете слишком громкую музыку?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Да	

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ**

<b>Использование ремня безопасности и шлема</b>				
Всегда ли вы используете двух- или трехточечный ремень безопасности?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет	
Всегда ли вы используете шлем для защиты головы во время езды на велосипеде, скейтборде или роликовых коньках?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет	
Всегда ли вы надеваете спасательный жилет, когда занимаетесь водными видами спорта?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет	
Если вы начали водить автомобиль, соблюдаете ли вы правила безопасности для молодых водителей?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет	
Есть ли у вас кто-то, кто сможет вас подвезти, если вы чувствуете, что вести автомобиль самостоятельно или садиться в чужой автомобиль опасно?	<input type="radio"/> Неприменимо	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Иногда	<input type="radio"/> Нет

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА: \_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_

Впишите печатными буквами.

## ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 15–17 ЛЕТ, ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

### ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Защита от солнца								
Пользуетесь ли вы солнцезащитным средством?	<input type="radio"/>	Да	<input type="radio"/>	Иногда	<input type="radio"/>	Нет		
Вы ходите в солярий?	<input type="radio"/>	Нет	<input type="radio"/>	Иногда	<input type="radio"/>	Да		
Безопасное обращение с оружием								
Вы когда-либо носили с собой огнестрельное оружие или нож (даже для самозащиты)?	<input type="radio"/>	Нет	<input type="radio"/>	Иногда	<input type="radio"/>	Да		
Если у вас дома есть огнестрельное оружие, знаете ли вы, как получить к нему доступ?	<input type="radio"/>	Неприменимо	<input type="radio"/>	Нет	<input type="radio"/>	Иногда	<input type="radio"/>	Да

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.