

Американська академія педіатрії



АНКЕТА, ЩО ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ПЕРЕД ВІДВІДУВАННЯМ BRIGHT FUTURES

**ВІЗИТИ ДЛЯ БАТЬКІВ У ВІЦІ ВІД 15 ДО 17 РОКІВ**

Для того, щоб надати вам найкращої медичної допомоги ми хотіли б знати, як ваші справи. Наші розмови з вами є приватними. Сподіваємося, що ви не будете соромитися відверто говорити з нами про себе і своє здоров'я. Ми не передаємо інформацію іншим особам без вашого дозволу, за винятком випадків, коли ми вважаємо, що комусь загрожує небезпека. **Перевірка на наявність депресії та оцінка вживання тютюну, алкоголю чи наркотиків також є частиною цього візиту. Дякуємо, що приділили нам час.**

**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 СЕБЕ.**

Чим ви найбільше пишаєтесь у собі?

Чи є у вас особливі потреби у сфері охорони здоров'я?  Ні  Так, опишіть:Чи відбулися останнім часом серйозні зміни у житті вашої родини?  Ні  Так, опишіть:

Чи виникли у когось із ваших родичів нові проблеми зі здоров'ям з часу вашого останнього візиту?

 Ні  Так  Не впевнен(-а) У разі, якщо так або не впевнені, опишіть:

Чи живете ви поруч із курцем або проводите час у місцях, де курять або користуються електронними сигаретами?

 Ні  Так  Не знаю**ЗРОСТАННЯ ТА РОЗВИТОК**

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Я намагаюся вести здоровий спосіб життя, наприклад, харчуюся здоровою їжею, займаюся фізичною активністю та забезпечую власну безпеку. | <input type="checkbox"/> Я допомагаю іншим.   |
| <input type="checkbox"/> У моєму житті є принаймні одна доросла людина, до якої я можу звернутися, якщо мені потрібна допомога.                                 | <input type="checkbox"/> Я можу відновитися, коли життя йде не так, як я хочу.              |
| <input type="checkbox"/> У мене є друг або група друзів, з якими мені комфортно перебувати.   | <input type="checkbox"/> Я відчуваю надію та впевненість у собі.                            |
|   | <input type="checkbox"/> Я стаю більш самостійною людиною та приймаю більше власних рішень. |

**ВІЗИТИ ДЛЯ БАТЬКІВ У ВІЦІ ВІД 15 ДО 17 РОКІВ****ОЦІНКА РИЗИКІВ**

<b>Анемія</b>	Чи включає ваш раціон продукти, багаті на залізо, такі як м'ясо, збагачені залізом крупи або боби?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи дотримуєтесь ви вегетаріанської дієти (не їсте червоне м'ясо, курку, рибу або морепродукти)?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Якщо ви вегетаріанець (не їсте червоне м'ясо, курку, рибу або морепродукти), чи приймаєте ви препарати заліза?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Вам коли-небудь ставили діагноз залізодефіцитної анемії?	<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)
	<b>Для жінок:</b> У вас надмірні менструальні кровотечі або інші крововтрати?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	<b>Для жінок:</b> У вас надмірні менструальні кровотечі або інші крововтрати протягом більш ніж 5 днів?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
<b>Дисліпідемія</b>	Чи є у вас 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)
	Чи маєте ви батьків з підвищеним рівнем холестерину в крові (240 мг/дл або вище) або тих, хто приймає ліки від холестерину?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Ви курите сигарети або використовуєте електронні сигарети?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
<b>Здоров'я ротової порожнини</b>	Чи містить ваше первинне джерело води фтор?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
<b>Інфекції, що передаються статевим шляхом/ ВІЛ</b>	Ви коли-небудь займалися сексом, включаючи статевий акт або оральний секс? <b>ЯКЩО НІ, ПЕРЕЙДІТЬ ДО НАСТУПНОГО РОЗДІЛУ (ВІЛ).</b>	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Ви займаєтеся незахищеним сексом?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Ви займаєтеся сексом з кількома партнерами або з анонімними партнерами?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Ви або хтось із ваших минулих чи теперішніх сексуальних партнерів є бісексуалом?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Ви коли-небудь лікувалися від інфекцій, що передаються статевим шляхом?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи був хтось із ваших минулих або теперішніх статевих партнерів інфікований ВІЛ або вживав ін'єкційні наркотики?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи обмінюєте ви секс на гроші або наркотики, або маєте сексуальних партнерів, які це роблять?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	<b>Для чоловіків:</b> Ви коли-небудь займалися сексом з іншими чоловіками?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
<b>ВІЛ</b>	Чи вживаєте ви зараз або коли-небудь вживали ін'єкційні наркотики?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
<b>Туберкульоз</b>	Ви інфіковані ВІЛ?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Ви або будь-хто з членів сім'ї народився чи подорожував до країни, де поширений туберкульоз (до таких країн належать країни Африки, Азії, Латинської Америки та Східної Європи)?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи були ви в тісному контакті 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)
<b>Зір</b>	Чи є у вас занепокоєння щодо вашого зору?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи провалювали ви коли-небудь шкільний тест на перевірку зору?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	У вас проблеми з ближнім або дальнім зором?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Ви схильні мружитися?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)

**ПОПЕРЕДНІ ІНСТРУКЦІЇ**

Як справи у вас та вашої родини?

**ЯК У ВАС СПРАВИ**

<b>Міжособистісне насильство (бійки та булінг)</b>			
Чи відчуваєте ви себе в безпеці вдома?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи почуваетесь ви в безпеці в школі та по дорозі до школи і зі школи?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи страждали ви від булінгу особисто, в Інтернеті або через соціальні мережі?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи є у вас способи, які допомагають вам впоратися з почуттям гніву?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи билися ви за останні 12 місяців?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так

**ВІЗИТИ для БАТЬКІВ У ВІЦІ ВІД 15 ДО 17 РОКІВ****ЯК У ВАС СПРАВИ (ПРОДОВЖЕННЯ)**

<b>Міжособистісне насильство (бійки та булінг) (продовження)</b>			
Ви коли-небудь носили зброю до школи?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Ви належите до банди або знаєте когось із членів банди?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
До вас коли-небудь торкалися в сексуальному плані, через що ви відчували дискомфорт?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи примушували вас коли-небудь робити щось сексуальне, чого ви не хотіли?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи були у вас коли-небудь стосунки з людиною, яка погрожувала або завдавала вам болю?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
<b>Продовольча безпека та рівень життя</b>			
Чи виникали у вас за останні 12 місяців проблеми з достатнім харчуванням або відчуття занепокоєння, що вам може не вистачити їжі?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
<b>Алкоголь та наркотики</b>			
Чи є у вашому житті хтось, чиє вживання тютюну, алкоголю або наркотиків викликає у вас занепокоєння?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
<b>Зв'язок з родиною та однолітками</b>			
Чи ладнаєте ви з родиною?	<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 дотримуєтеся ви сімейних правил та обмежень?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи ладнаєте ви з друзями та іншими людьми в школі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
<b>Зв'язок з суспільством</b>			
Чи є у вас інтереси поза школою?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи робите ви те, що у вас добре виходить або чим ви пишаєтесь?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
<b>Шкільна успішність</b>			
Чи пропускали ви більше 2 днів у школі протягом місяця?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи добре у вас справи в школі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вас проблеми в школі?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи є у вас плани щодо того, що ви будете робити після закінчення школи?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
<b>Подолання стресу та прийняття рішень</b>			
Чи є у вас способи боротьби зі стресом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Ви часто хвилюєтеся або відчуваєте стрес?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так

**ВАШЕ ПОВСЯКДЕННЕ ЖИТТЯ**

<b>Здоров'я зубів</b>			
Чи чистите ви зуби двічі на день?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи користуєтеся ви зубною ниткою раз на день?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи відвідуєте ви стоматолога двічі на рік?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Ви жуєте жуйку або тютюн?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Якщо ви займаєтеся контактними видами спорту, чи носите ви капу?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
<b>Образ тіла</b>			
Вас турбує ваша вага?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи робите ви зараз щось, щоб набрати або схуднути?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Вас коли-небудь дразнили через вашу вагу?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
<b>Здорове харчування</b>			
Чи маєте ви доступ до здорової їжі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи їсте ви фрукти та овочі щодня?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи вживаєте ви молоко, йогурт, сир або інші продукти, що містять кальцій, щодня?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи п'єте ви сік, газовану воду, спортивні або енергетичні напої?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так

**ВІЗИТИ для БАТЬКІВ У ВІЦІ ВІД 15 ДО 17 РОКІВ****ВАШЕ ПОВСЯКДЕННЕ ЖИТТЯ (ПРОДОВЖЕННЯ)**

<b>Здорове харчування (продовження)</b>			
Ви коли-небудь пропускаєте приймання їжі?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
Чи обідаєте ви разом з родиною?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
<b>Фізична активність і сон</b>			
Ви фізично активні щонайменше 1 годину щодня? Це включає біг, заняття спортом або фізичну активність з друзями.	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Як багато часу щодня ви проводите за переглядом телевізора, відеоіграми, комп'ютером, планшетом чи смартфоном (не враховуючи виконання шкільних завдань)?	_____ годин		
Чи спите ви 8 або більше годин щоночі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
У вас проблеми зі сном вночі або прокиданням вранці?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так

**ВАШЕ ЕМОЦІЙНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ**

<b>Настрій та психічне здоров'я</b>			
Чи завдаєте ви собі шкоди, наприклад, ріжетеся, б'єтеся чи щипаєте себе?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так
<b>Сексуальність</b>			
Чи говорили ви з батьками про побачення та секс?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вас запитання щодо вашої гендерної ідентичності?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так

**ВИБІР ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

<b>Романтичні стосунки та сексуальна активність</b>				
Якщо у вас були романтичні стосунки, чи завжди ви відчували себе в безпеці та повазі?	<input type="radio"/> Не застос.	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні
Ви коли-небудь займалися сексом, включаючи оральний, вагінальний або анальний секс? <i>Якщо ні, перейдіть до наступного розділу.</i>	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так	
Чи займаєтеся ви зараз сексом, включаючи оральний секс, з ким-небудь?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так	
Чи було у вас кілька партнерів за останній рік?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так	
Чи завжди ви та ваш партнер використовуєте презервативи?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні	
Чи використовуєте ви та ваш партнер разом з презервативом інші засоби контрацепції?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні	
Чи знаєте ви про екстрену контрацепцію?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні	
<b>Тютюн, електронні сигарети, алкоголь та рецептурні або нелегальні наркотики</b>				
Ви коли-небудь курили сигарети або електронні сигарети?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так	
Ви коли-небудь вживали алкоголь?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так	
Ви коли-небудь вживали наркотики, включаючи марихуану або нелегальні наркотики?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так	
Чи приймали ви коли-небудь рецептурні ліки, які не були призначені вам за медичними показаннями?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так	
<b>Акустична травма</b>				
Чи використовуєте ви беруші або шумопоглинаючі навушники, щоб захистити свій слух від гучних звуків або на концертах?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні	
Чи часто ви слухаєте гучну музику?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так	

**БЕЗПЕКА**

<b>Використання ременів безпеки та шолома</b>				
Чи завжди ви одягаєте поясний і плечовий ремінь безпеки?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні	
Чи завжди ви одягаєте шолом для захисту голови, коли катаєтеся на велосипеді, скейтборді чи ковзанах?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні	
Чи завжди ви одягаєте рятувальний жилет, коли займаєтеся водними видами спорту?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні	
Якщо ви почали керувати автомобілем, чи дотримуетесь ви правил безпеки для молодих водіїв?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні	
Чи є у вас хтось, кого ви можете викликати, якщо ви відчуваєте себе небезпечно за кермом або їдете з кимось іншим?	<input type="radio"/> Не застос.	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ПАЦІЄНТА: \_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_

Впишіть друкованими літерами

## ВІЗИТИ для БАТЬКІВ У ВІЦІ ВІД 15 ДО 17 РОКІВ

### БЕЗПЕКА (ПРОДОВЖЕННЯ)

Захист від сонця				
Чи користуєтеся ви сонцезахисним кремом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Ні	
Чи відвідуєте ви солярії?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так	
Безпечне поводження зі зброєю				
Чи носили ви коли-небудь пістолет або ніж (навіть для самозахисту)?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так	
Якщо у вас вдома є зброя, чи знаєте ви, як її дістати?	<input type="radio"/> Не застос.	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Іноді	<input type="radio"/> Так

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 (ААП) 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.