

Американская академия педиатрии



## АНКЕТА, ЗАПОЛНЯЕМАЯ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ BRIGHT FUTURES ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 3 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, 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.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Пойти в туалет и самостоятельно помочиться.       | <input type="checkbox"/> Говорить так, чтобы незнакомец смог понять 75% сказанного.     | <input type="checkbox"/> Ехать на трехколесном велосипеде.                      |
| <input type="checkbox"/> Самостоятельно надеть пальто, куртку или рубашку. | <input type="checkbox"/> Рассказать историю из книги или телевизора.                    | <input type="checkbox"/> Залезть на диван или стул либо слезть с него.          |
| <input type="checkbox"/> Самостоятельно поест.                             | <input type="checkbox"/> Сравнить вещи, используя такие слова, как "больше" и "короче". | <input type="checkbox"/> Прыгнуть вперед.                                       |
| <input type="checkbox"/> Начать играть в имитационную игру.                | <input type="checkbox"/> Понимать простые предлоги, например, "на" или "под".           | <input type="checkbox"/> Нарисовать круг.                                       |
| <input type="checkbox"/> Играть и делиться с другими детьми.               |   | <input type="checkbox"/> Нарисовать человека с головой и еще одной частью тела. |
| <input type="checkbox"/> Использовать предложения из 3 слов.               |   | <input type="checkbox"/> Резать детскими ножницами.                             |

**ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 3 ЛЕТ****ОЦЕНКА РИСКОВ**

<b>Анемия</b>	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)
	Вы когда-либо сталкивались с трудностями, пытаясь прокормить семью?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
<b>Слух</b>	Есть ли у вас опасения по поводу слуха вашего ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Есть ли у вас опасения по поводу речи вашего ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
<b>Свинец</b>	Живет ли ваш ребенок в доме или детском дошкольном учреждении с выявленной угрозой отравления свинцом либо в доме, построенном до 1960 года, в состоянии ремонта или отремонтированном в течение последних 6 месяцев или посещает ли такое место?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
<b>Здоровье полости рта</b>	Посещает ли ваш ребенок стоматолога?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Содержит ли основной источник воды вашего ребенка фтор?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
<b>Туберкулез</b>	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**

<b>Жизненная ситуация и продовольственная безопасность</b>		
Обеспечены ли вы обогревом помещений, доступом к горячей воде, электричеству и рабочей бытовой технике?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас проблемы с насекомыми, грызунами, осыпающейся краской или штукатуркой, плесенью либо сыростью?	<input type="radio"/> Нет	<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"/> 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
<b>Алкоголь и наркотики</b>		
Кто-либо в вашей семье пьет пиво, вино или крепкие алкогольные напитки?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Употребляете ли вы или другие члены вашей семьи марихуану, кокаин, обезболивающие препараты, наркотики или иные контролируемые вещества?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
<b>Положительные взаимоотношения в семье</b>		
Проявляют ли члены вашей семьи по отношению друг к другу любовь и привязанность?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Хвалите ли вы своего ребенка за хорошее поведение?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас способы конструктивно справиться с гневом и разрешить споры в семье?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Устанавливают ли все люди, ухаживающие за вашим ребенком, одинаковые ограничения для него?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Разрешаете ли вы своему ребенку делать выбор, например, какую одежду носить или какие книги читать?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Используете ли вы простые слова, задавая своему ребенку вопрос или говоря ему, что делать?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Забота о себе</b>		
Уделяете ли вы время себе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Чувствуете ли вы, что можете поддерживать баланс между семьей и работой?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Проводите ли вы время наедине со своим партнером?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

**ИГРЫ С БРАТЬЯМИ/СЕСТРАМИ И СВЕРСТНИКАМИ**

Играет ли ваш ребенок в игры с куклами, игрушечными животными или кубиками?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Проводите ли вы время наедине с ребенком, занимаясь тем, что вам обоим нравится?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вашего ребенка возможность играть с другими детьми (например, на детских праздниках или в детском саду)?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

**ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 3 ЛЕТ****ИГРЫ С БРАТЬЯМИ/СЕСТРАМИ И СВЕРСТНИКАМИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

Когда ваш ребенок играет с другими детьми, помогаете ли вы ему понять, как делать что-то по очереди?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Если у вас есть еще дети, ладят ли они друг с другом?	<input type="radio"/> Неприменимо	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
Ожидаете ли вы или планируете еще одного ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да

**ЧТЕНИЕ И РАЗГОВОРЫ С РЕБЕНКОМ**

Вы читаете, поете песни или играете в игры в слова со своим ребенком каждый день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Когда вы вместе читаете, задаете ли вы своему ребенку вопросы по картинкам или сюжету книги?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Побуждаете ли вы своего ребенка рассказывать о том, как прошел его день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
В вашей семье говорят более чем на одном языке?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да

**ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ**

<b>Полноценное питание</b>		
Ваш ребенок пьет воду каждый день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Сколько унций молока, как правило, пьет ваш ребенок в день?	_____ унций	
Вы предлагаете своему ребенку различные продукты, включая овощи, фрукты и такую богатую белком пищу, как мясо, яйца, курицу или рыбу?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Готов ли ваш ребенок попробовать продукты с новыми вкусами и текстурами?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Дааете ли вы возможность своему ребенку выбирать, сколько съесть и когда остановиться?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Поощрение физической активности и ограничение времени просмотра телевизора</b>		
Занимаетесь ли вы физически активными видами деятельности всей семьей, например, ходите гулять или играете в парке?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Ваш ребенок проводит за активными играми как минимум 1 час в день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Сколько времени ежедневно ваш ребенок проводит за просмотром телевизора или за экраном компьютера, планшета или смартфона?	_____ 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**

<b>Безопасность дома и в автомобиле</b>		
Надежно ли ваш ребенок пристегнут в автокресле во время каждой поездки?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас проблемы с сиденьями в автомобиле?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Все ли пассажиры в вашем автомобиле всегда пользуются ремнем безопасности (двух- или трехточечным), детским сиденьем или автокреслом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Режете ли вы такие продукты, как виноград и сосиски в тесте, на маленькие кусочки, чтобы ребенок не подавился?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Ваш ребенок играет на подъездной дорожке или рядом с проезжей частью?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Ставите ли вы мебель подальше от окон и используете ли открываемые решетки на окнах второго этажа и выше? (Слово "открываемые" подразумевает, что в случае чрезвычайной ситуации взрослый сможет открыть окно).	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Безопасность на водных объектах</b>		
Есть ли рядом с вашим домом бассейны?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Всегда ли вы находитесь на расстоянии вытянутой руки от ребенка, когда тот оказывается рядом с водным объектом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Всегда ли ваш ребенок носит одобренный береговой охраной США спасательный жилет, когда находится на борту плавсредства?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Домашние животные</b>		
У вас есть домашнее животное?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Научили ли вы своего ребенка, как нужно вести себя, находясь рядом с животным, чтобы не быть укушенным или поцарапанным?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

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

Впишите печатными буквами.

## ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 3 ЛЕТ

### БЕЗОПАСНОСТЬ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

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

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.