

Американская академия педиатрии



АНКЕТА, ЗАПОЛНЯЕМАЯ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ BRIGHT FUTURES ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 4 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, 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

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 совершить акт дефекации. | <input type="checkbox"/> Говорить так, чтобы незнакомец смог понять 100% сказанного. | <input type="checkbox"/> Подниматься по лестнице, ступая сначала одной ногой, а затем другой, без поддержки. |
| <input type="checkbox"/> Одеться и раздеться без существенной помощи. | <input type="checkbox"/> Рисовать узнаваемые вами картинки. | <input type="checkbox"/> Нарисовать человека как минимум с 3 частями тела. |
| <input type="checkbox"/> Поиграть в имитационную игру. | <input type="checkbox"/> Выполнять простые правила настольной или карточной игры. | <input type="checkbox"/> Нарисовать простой крест. |
| <input type="checkbox"/> Ответить на такие вопросы, как "Что ты делаешь, когда тебе холодно?" и "Когда тебе хочется спать?". | <input type="checkbox"/> Рассказать историю из книги. | <input type="checkbox"/> Расстегнуть и застегнуть пуговицы среднего размера. |
| <input type="checkbox"/> Использовать предложения из 4 слов. | <input type="checkbox"/> Прыгать на одной ноге. | <input type="checkbox"/> Держать карандаш пальцами, а не кулаком. |

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 4 ЛЕТ**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)
	Вы когда-либо сталкивались с трудностями, пытаясь прокормить семью?	<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)
Свинец	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)
Здоровье полости рта	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)
Туберкулез	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**

Жизненная ситуация и продовольственная безопасность		
Вызывает ли у вас обеспокоенность вопрос постоянного места жительства?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Обеспечены ли вы обогревом помещений, доступом к горячей воде, электричеству и рабочей бытовой технике?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
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
Алкоголь и наркотики		
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
Насилие со стороны близкого партнера		
Всегда ли вы чувствуете себя в безопасности в собственном доме?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Было ли такое, что ваш партнер или другой близкий человек ударил, пнул, толкнул или причинил физическую боль вам или вашему ребенку?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Безопасность в сообществе		
Вы чувствуете себя в безопасности в своем сообществе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
У вас есть кто-нибудь, к кому вы сможете обратиться, если у вас возникнут опасения по поводу безопасности ребенка?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
У вас налажены связи со своим сообществом через религиозные группы, волонтерские организации или рекреационные программы?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Вы проводите время с родителями других детей в своем сообществе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

ПОДГОТОВКА К ШКОЛЕ

Понимание языка и беглость речи		
Может ли ваш ребенок понятным языком сообщить о своих желаниях и потребностях вам и другим людям?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Отвечаете ли вы на вопросы своего ребенка короткими и простыми фразами?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Дааете ли вы своему ребенку достаточно времени, чтобы рассказать историю или ответить на вопрос?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Вы разговариваете, поете и читаете вместе каждый день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 4 ЛЕТ**ПОДГОТОВКА К ШКОЛЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

Чувства		
Можно ли сказать, что обычно ваш ребенок радостный и активный?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Подсказываете ли вы своему ребенку, что нужно извиниться, если он ранил чувства других?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Возможности для общения с другими детьми		
Интересуется ли ваш ребенок другими детьми?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вашего ребенка возможность играть с другими детьми на детских площадках или в детском саду?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вашего ребенка лучший друг?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Хвалите ли вы своего ребенка, если он хорошо себя вел или выполнил задание?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Программы раннего развития и детский сад		
Посещает ли ваш ребенок детский сад?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Довольны ли вы детским дошкольным учреждением или детским садом вашего ребенка?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Посещаете ли вы детский сад вашего ребенка и участвуете ли в проводимых там мероприятиях?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Готовность к школе		
Есть ли у вас опасения, связанные с тем, что ваш ребенок пойдет в школу в следующем году?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Занимаетесь ли вы подготовкой своего ребенка к детскому саду? Сюда может относиться совместное чтение и походы в библиотеку, парк, зоопарк и другие места.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

ЗДОРОВЬЕ ПРИВЫЧКИ

Питание		
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
Даете ли вы возможность своему ребенку выбирать, сколько съесть и когда остановиться?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Повседневные дела, способствующие укреплению здоровья		
Ваш ребенок хорошо спит?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Вы ложитесь спать и принимаете пищу в одно и то же время?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Чистите ли вы ребенку зубы дважды в день, используя количество фторсодержащей зубной пасты размером с горошину?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

ОГРАНИЧЕНИЕ ВРЕМЕНИ У ТЕЛЕВИЗОРА И ПОощРЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

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
Ваш ребенок проводит за активными играми как минимум 1 час в день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Играет ли ваш ребенок с другими детьми?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Занимаетесь ли вы физическими видами деятельности всей семьей, например, ходите гулять или играете в парке?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

БЕЗОПАСНОСТЬ

Безопасность в автомобиле		
Надежно ли ваш ребенок пристегнут в автокресле или детском сиденье во время каждой поездки?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
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

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 4 ЛЕТ**БЕЗОПАСНОСТЬ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

Безопасность на улице		
Внимательно ли вы следите за своим ребенком, когда он играет на улице, особенно около проезжей части и подъездных дорожек?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли рядом с вашим домом бассейны?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Планируете ли вы обучать ребенка плаванию?	<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
Всегда ли ваш ребенок пользуется солнцезащитным средством во время игры на улице?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Домашние животные		
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
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>.

