

Американська академія педіатрії



АНКЕТА, ЩО ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ПЕРЕД ВІДВІДУВАННЯМ BRIGHT FUTURES ВІЗИТ У ВІЦІ 4 РОКИ

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

Чи маєте ви певні занепокоєння щодо розвитку, навчання чи поведінки вашої дитини? Ні Так, опишіть:

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Самостійно ходить до туалету та випорожнюється. | <input type="checkbox"/> Говорить так, щоб незнайомі люди розуміли на 100% те, що вона говорить. | <input type="checkbox"/> Піднімається сходами, по черзі переставляючи ноги, без опори. |
| <input type="checkbox"/> Одягається та роздягається без сторонньої допомоги. | <input type="checkbox"/> Малює картинки, які ви впізнаєте. | <input type="checkbox"/> Малює людину з щонайменше 3 частинами тіла. |
| <input type="checkbox"/> Грає у вигадки. | <input type="checkbox"/> Дотримується простих правил, граючи в настільні та карткові ігри. | <input type="checkbox"/> Малює простий хрест. |
| <input type="checkbox"/> Відповідає на такі питання, як "Що ви робите, коли вам холодно?" і "Коли вам хочеться спати?" | <input type="checkbox"/> Розповідає вам оповідання з книжки. | <input type="checkbox"/> Розстібає та застібає гудзики середнього розміру. |
| <input type="checkbox"/> Використовує речення з 4-х слів. | <input type="checkbox"/> Стрибає на одній нозі. | <input type="checkbox"/> Тримає олівець великим та середнім пальцями замість кулака. |

ВІЗИТ У ВІЦІ 4 РОКИ**ОЦІНКА РИЗИКУ**

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 знаю
	Ви коли-небудь стикалися з труднощами, намагаючись прогодувати сім'ю?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не знаю
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 знаю
	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 знаю
Свинець	Чи ваша дитина проживає або відвідує будинки чи дитячі заклади з виявленим надмірним вмістом свинцю або будинки, побудовані до 1960 року, які перебувають у незадовільному стані або були відремонтовані за останні 6 місяців?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не знаю
Здоров'я ротової порожнини	Чи відвідує ваша дитина стоматолога?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Не знаю
	Чи містить основне джерело води вашої дитини фтор?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Не знаю
Туберкульоз	Ваша дитина 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 знаю
	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 знаю
	Чи інфікована ваша дитина ВІЛ?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не знаю

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

Життєва ситуація та продовольча безпека		
Чи хвилює вас питання постійного житла?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи вистачає у вас тепла, гарячої води, електроенергії та працюючої побутової техніки?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи траплялася 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"/> Так
Чи траплялася 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"/> Так
Алкоголь та наркотики		
Хтось із членів вашої родини п'є пиво, вино чи лікер?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Ви або члени вашої родини вживаєте марихуану, кокаїн, знеболювальні, наркотики або інші речовини, що знаходяться під контролем?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Насильство з боку сексуального партнера		
Чи завжди ви відчуваєте себе в безпеці вдома?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Ваш партнер або інша значуща людина у вашому житті коли-небудь бив, ударяв, штовхав вас або завдавав фізичної шкоди вам або вашій дитині?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Безпека в суспільстві		
Чи відчуваєте ви себе в безпеці у своїй спільноті?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вас людина, до якої ви можете звернутися, якщо ви стурбовані безпекою вашої дитини?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вас зв'язки з громадою через релігійні групи, волонтерські організації або оздоровчі програми?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи проводите ви час з батьками інших дітей у вашій громаді?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

ПІДГОТОВКА ДО ШКОЛИ

Розуміє та вільно володіє мовою		
Чи чітко ваша дитина доносить свої бажання та потреби до вас та інших?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи відповідає ви на запитання дитини короткими та простими відповідями?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи даєте ви дитині достатньо часу, щоб розповісти історію або відповісти на запитання?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Ви розмовляєте, співаєте та читаєте разом щодня?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

ВІЗИТ У ВІЦІ 4 РОКИ

ПІДГОТОВКА ДО ШКОЛИ (ПРОДОВЖЕННЯ)

Почуття		
Ваша дитина загалом щаслива та активна?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи допомагаєте ви своїй дитині просити вибачення за те, що вона образила почуття інших?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Можливості для спілкування з іншими дітьми		
Чи цікава ваша дитина до інших дітей?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи має ваша дитина можливість грати з іншими дітьми в ігрових групах або в дошкільному закладі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вашої дитини найкращий друг?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи хвалите ви свою дитину, коли вона поводить себе добре або виконала завдання?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Програми для дітей раннього віку та дошкільна освіта		
Ваша дитина відвідує дошкільний заклад?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи задоволені ви доглядом за дитиною або дошкільним закладом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи відвідуєте ви дитячий садок своєї дитини та берете участь у його заходах?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Готовність до школи		
Чи є у вас якісь занепокоєння з приводу того, що ваша дитина піде до школи в наступному році?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи робите ви щось, щоб підготувати дитину до дитячого дошкільного закладу? Це може включати спільне читання, походи в бібліотеку, парк, зоопарк та інші місця.	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

ЗДОРОВІ ЗВИЧКИ

Харчування		
Чи вживає ваша дитина воду щодня?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Скільки унцій молока випиває ваша дитина в день?	_____ унція	
Чи пропонуєте ви дитині різноманітні продукти харчування, включаючи овочі, фрукти та продукти, багаті на білок, такі як м'ясо, яйця, курка або риба?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи хоче ваша дитина спробувати нові смаки та консистенції харчових продуктів?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи дозволяєте ви дитині приймати самостійні рішення про те, скільки їсти і коли зупинитися?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Щоденні процедури, які зміцнюють здоров'я		
Чи добре спить ваша дитина?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вас регулярний режим відходу до сну та прийому їжі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи чистите ви зуби дитини двічі на день фторвмісною зубною пастою розміром з горошину?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

ОБМЕЖЕННЯ ТЕЛЕВІЗОРА ТА ЗАОХОЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ

Як багато часу щодня ваша дитина проводить перед телевізором або за комп'ютером, планшетом чи смартфоном?	_____ години	
Чи є у вашої дитини в спальні телевізор або пристрій, підключений до Інтернету?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
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"/> Ні
Чи грає ваша дитина активно принаймні протягом 1 години на день?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи грає ваша дитина з іншими дітьми?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи займаєтесь ви фізичною активністю всією родиною, наприклад, ходите на прогулянки або граєте в парку?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

БЕЗПЕКА

Безпека авто		
Чи безпечно пристебнута ваша дитина в автокріслі або автокріслі з ременями безпеки на задньому сидінні кожного разу, коли вона їде в автомобілі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи завжди всі пасажир автомобіля користуються поясами та плечовими ременями безпеки, бустерами або автокріслами?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

ВІЗИТ У ВІЦІ 4 РОКИ

БЕЗПЕКА (ПРОДОВЖЕННЯ)

Безпека на вулиці		
Чи уважно ви стежите за своєю дитиною, коли вона грається на вулиці, особливо поблизу вулиць і проїжджих частин?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вашому районі басейни?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Ви плануєте, щоб ваша дитина навчилася плавати?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи завжди ваша дитина одягає рятувальний жилет, схвалений Береговою охороною США, коли перебуває на човні?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи завжди ваша дитина користується сонцезахисним кремом, коли грається на вулиці?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Домашні улюбленці		
У вас є домашній улюбленець?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи пояснювали ви дитині, як поводитися з тваринами, щоб вони не вкусили чи не подрпали її?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Безпека при використанні зброї		
Чи є у когось у вашому домі або в будинках, де проводить час ваша дитина, зброя?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Якщо так, то чи зброя розряджена та замкнена?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Якщо так, то чи зберігаються боєприпаси окремо від зброї?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

Відповідно до програми *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. Можливі варіанти лікування, які ваш педіатр може порекомендувати, виходячи з індивідуальних фактів та обставин. Оригінал опитувальника включено 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.