

Американська академія педіатрії



АНКЕТА, ЩО ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ПЕРЕД ВІДВІДУВАННЯМ BRIGHT FUTURES ВІЗИТ У ВІЦІ 5 РОКІВ

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"/> Починає пропускати. | <input type="checkbox"/> Розмазує ножем. | <input type="checkbox"/> Відповідає на питання "чому". |
| <input type="checkbox"/> Ходить навшпиньки, коли її про це просять. | <input type="checkbox"/> Самостійно одягається та роздягається. | <input type="checkbox"/> Рахує 5 предметів. |
| <input type="checkbox"/> Ловить м'яч, що відскочив, двома руками. | <input type="checkbox"/> Самостійно мочиться та випорожнюється. | <input type="checkbox"/> Називає 3 або більше чисел. |
| <input type="checkbox"/> Копіює трикутник. | <input type="checkbox"/> Протягом дня залишається сухою. | <input type="checkbox"/> Називає 4 або більше літер не в алфавітному порядку. |
| <input type="checkbox"/> Малює людину, що складається з 6 частин. | <input type="checkbox"/> Розповідає оповідання з 2 речень або більше. | <input type="checkbox"/> Пише 2 або більше листів. |
| <input type="checkbox"/> Копіює ім'я. | <input type="checkbox"/> Дотримується інструкцій для 4 окремих прийменників, таких як "на", "під", "за" та "перед". | |
| <input type="checkbox"/> Добре вирізає ножицями. | <input type="checkbox"/> Грається та спілкується з однолітками. | |

ВІЗИТ У ВІЦІ 5 РОКІВ**ОЦІНКА РИЗИКІВ**

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 впевнен(-а)
	Ви коли-небудь стикалися з труднощами, намагаючись прогодувати сім'ю?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
Свинець	Чи живе ваша дитина в будинку або дитячому дошкільному закладі з виявленою загрозою отруєння свинцем або в будинку, зведеному до 1960 року, у стані ремонту чи відремонтованому протягом останніх 6 місяців, або чи відвідує таке місце?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
Здоров'я ротової порожнини	Чи відвідує ваша дитина стоматолога?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи містить основне джерело води вашої дитини фтор?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
Туберкульоз	Чи народилася або відвідувала ваша дитина чи будь-хто з членів сім'ї країну, де поширений туберкульоз (сюди відносяться країни Африки, Азії, Латинської Америки та Східної Європи)?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	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 впевнен(-а)
	Чи інфікована ваша дитина ВІЛ?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)

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

Сусідське та родинне насильство (булінг та бійки)		
Чи є частими повідомлення про насильство у вашій спільноті чи школі?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи зазнавала ваша дитина коли-небудь цькування або фізичного насильства з боку когось?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи змушувалася ваша дитина коли-небудь або була агресивною по відношенню до інших?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Харчова безпека		
Чи турбувалися ви протягом останніх 12 місяців про те, що їжа закінчиться до того, як у вас з'являться гроші купити ще?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи бувало протягом останніх 12 місяців таке, що куплених вами продуктів не вистачило, і у вас не було грошей, щоб купити ще?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Алкоголь та наркотики		
Чи є в житті вашої дитини особа, яка вживає алкоголь або наркотики, що викликає у вас занепокоєння?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Емоційна безпека та самооцінка		
Чи виглядає ваша дитина зазвичай щасливою?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи є речі, які ваша дитина дійсно добре робить або якими пишається?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Зв'язок з родиною		
Чи добре ваша сім'я ладнає між собою?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи робить ваша сім'я щось разом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

СІМЕЙНІ ПОРЯДКИ ТА ЗВИЧАЇ

Чи є у вашої дитини обов'язки по дому?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вас чіткі правила та очікування для вашої дитини?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Коли ваша дитина порушує правила, чи послідовні ви щодо наслідків та дисципліни?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи повідомляєте ви своїй дитині, коли вона поводить себе добре?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Ваша дитина має проблеми з тим, як справлятися з почуттями гніву?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи допомагаєте ви дитині контролювати свій гнів?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

ШКОЛА

Чи відвідувала ваша дитина дошкільний виховний заклад?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Ваша дитина пішла до початкової школи?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вас якісь проблеми з приводу шкільного досвіду вашої дитини?	<input type="radio"/> Не застос.	<input type="radio"/> Ні <input type="radio"/> Так

ВІЗИТ У ВІЦІ 5 РОКІВ**ШКОЛА (ПРОДОВЖЕННЯ)**

Чи маєте ви змогу відвідувати заходи чи події у школі вашої дитини?	<input type="radio"/> Не застос.	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи задіяна ваша дитина у позашкільних заходах?	<input type="radio"/> Не застос.	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи отримує ваша дитина якісь спеціальні освітні послуги?		<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так

ПІДТРИМАННЯ ЗДОРОВ'Я

Здоров'я зубів			
Чи чистить ваша дитина зуби двічі на день?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Ваша дитина відвідує стоматолога двічі на рік?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Харчування			
Чи є у вас занепокоєння щодо харчування вашої дитини? Це включає в себе вживання достатньої кількості молока та овочів і фруктів.	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	
Чи п'є ваша дитина газовану воду, сік або інші підсолоджені цукром напої?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	
Чи снідає ваша дитина кожного дня?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Фізична активність			
Чи фізично активна ваша дитина щонайменше 1 годину щодня? Це біг, заняття спортом або активні ігри з друзями.	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Як багато часу щодня ваша дитина проводить за переглядом телевізора, комп'ютером, планшетом чи смартфоном (не враховуючи шкільні завдання)?	_____ годин		
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	
У вашої дитини проблеми зі сном або вона прокидається вночі?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	
Чи регулярно ваша дитина лягає спати в один і той же час?	<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 пасажирів автомобіля користуються поясами та плечовими ременями безпеки, бустерами або автокріслами?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Безпека на вулиці			
Чи завжди дитина одягає шолом, щоб захистити голову під час їзди на велосипеді, катання на ковзанах або інших активних ігор на вулиці?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Чи знає ваша дитина правила поведінки на вулиці, такі як зупинятися біля бордюру, дивитися в обидва боки і ніколи не переходити вулицю без дозволу дорослого?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Ваша дитина вміє плавати?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Чи усвідомлює ваша дитина, що у воді за нею завжди має наглядати дорослий, і їй ніколи не слід плавати наодинці?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Чи завжди ваша дитина користується сонцезахисним кремом, граючись на вулиці?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Пожежна безпека вдома			
Чи встановлені у вас справні димові сигналізатори на всіх рівнях будинку?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Чи є у вас вдома детектори/сигналізатори чадного газу?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Чи є у вас план евакуації на випадок пожежі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Чи знає ваша дитина, як діяти, якщо спрацює пожежна сигналізація?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ПАЦІЄНТА: _____ ДАТА: _____

Впишіть друкованими літерами

ВІЗИТ У ВІЦІ 5 РОКІВ

БЕЗПЕКА (ПРОДОВЖЕННЯ)

Безпечне поводження зі зброєю		
Чи володіє будь-хто з тих, хто проживає у вашому будинку або місці, де буває ваша дитина, вогнепальною зброєю?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Якщо так, то чи зберігається ця зброя в розрядженому вигляді та під замком?	<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
Чи говорили ви зі своєю дитиною про правила безпеки поводження зі зброєю?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Шкода від дорослих		
Чи вчили ви свою дитину, що дорослий ніколи не повинен говорити дитині про те, що вона повинна зберігати секрети від батьків?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи знає ваша дитина, що старші діти або дорослі ніколи не повинні просити показати їй інтимні місця?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

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.