

Американская академия педиатрии



АНКЕТА, ЗАПОЛНЯЕМАЯ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ BRIGHT FUTURES ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 6 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"/> Ехать на обычном велосипеде. | <input type="checkbox"/> Завязать шнурки. | <input type="checkbox"/> Играть и взаимодействовать как минимум с одним "лучшим другом". |
| <input type="checkbox"/> Прыгнуть на одной ноге 3 или 4 раза. | <input type="checkbox"/> Не помочиться под себя ни разу за день и за ночь. | <input type="checkbox"/> Напечатать 3 или более простых слова, не подглядывая в текст. |
| <input type="checkbox"/> Поймать двумя руками маленький мячик. | <input type="checkbox"/> Рассказать историю, имеющую начало, середину и конец. | <input type="checkbox"/> Посчитать 10 предметов. |
| <input type="checkbox"/> Нарисовать человека с 12 частями тела. | <input type="checkbox"/> Выбрать любимую еду на завтрак и обед. | <input type="checkbox"/> Выполнять простые действия по сложению и вычитанию предметов. |
| <input type="checkbox"/> Написать имя и фамилию заглавными и строчными буквами. | <input type="checkbox"/> Начинать и продолжать диалоги со сверстниками. | |
| <input type="checkbox"/> Резать ножом большинство продуктов. | <input type="checkbox"/> Произносить все согласные звуки и их сочетания, например, "д" или "ч". | |

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 6 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

Насилие в семье и районе проживания (издевательства и драки)		
Часто ли вы слышите о насилии в вашем сообществе или школе?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Подвергался ли ваш ребенок когда-либо издевательствам или физическому насилию со стороны других людей?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Издевался ли ваш ребенок когда-либо над другими людьми или проявлял ли по отношению к ним агрессию?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Продовольственная безопасность		
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		
Есть ли в жизни вашего ребенка человек, чье употребление алкоголя или наркотиков вызывает у вас опасения?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Эмоциональная безопасность и самооценка		
Кажется ли ваш ребенок обычно счастливым?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли что-то, что ваш ребенок делает очень хорошо или чем гордится?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Связь с семьей		
Ладят ли члены вашей семьи друг с другом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Занимаются ли члены вашей семьи чем-либо вместе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

СЕМЕЙНЫЕ ПРАВИЛА И ДЕЛА

Есть ли у вашего ребенка домашние обязанности?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас четкие правила и ожидания в отношении своего ребенка?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Когда ваш ребенок нарушает правила, проявляете ли вы постоянство в отношении последствий и наказаний?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Говорите ли вы своему ребенку, что он хорошо себя ведет?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вашего ребенка проблемы с гневом?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Помогаете ли вы своему ребенку контролировать гнев?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 6 ЛЕТ**ШКОЛА**

Посещает ли ваш ребенок детский сад?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Пошел ли ваш ребенок в начальную школу?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас опасения по поводу обучения вашего ребенка в школе?	<input type="radio"/> Неприменимо	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Да
Можете ли вы посещать мероприятия или выполнять обязанности в школе вашего ребенка?	<input type="radio"/> Неприменимо	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
Ваш ребенок участвует во внеклассных мероприятиях?	<input type="radio"/> Неприменимо	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
Получает ли ваш ребенок специальные образовательные услуги?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да

ПОДДЕРЖАНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Здоровье зубов		
Чистит ли ваш ребенок зубы два раза в день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Посещает ли ваш ребенок стоматолога два раза в год?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Питание		
Есть ли у вас опасения по поводу питания вашего ребенка? Сюда относятся употребления достаточного количества молока, а также овощей и фруктов.	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Пьет ли ваш ребенок газировку, сок и другие подслащенные напитки?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Завтракает ли ваш ребенок каждый день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Физическая активность		
Уделяет ли ваш ребенок физической активности как минимум 1 час в день? Сюда относятся бег, спорт и активные игры с друзьями.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Сколько времени ежедневно ваш ребенок проводит за просмотром телевизора или за экраном компьютера, планшета или смартфона (не считая школьных заданий)?	_____ 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
Ложится ли ваш ребенок спать в одно и то же время?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вашего ребенка проблемы с засыпанием и просыпается ли он ночью?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да

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) или детским сиденьем?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Безопасность на улице		
Всегда ли ваш ребенок использует шлем для защиты головы во время катания на велосипеде, роликовых коньках или занятиях другими видами спорта?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Знает ли ваш ребенок правила безопасного поведения на улице, например, остановиться у края тротуара, посмотреть в обе стороны и никогда не переходить улицу без взрослого?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Ваш ребенок умеет плавать?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Знает ли ваш ребенок, что нельзя плавать одному, а в воде за ним всегда должен присматривать взрослый?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Пользуется ли ваш ребенок солнцезащитным средством во время игры на улице?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Пожарная безопасность дома		
Установлены ли у вас рабочие датчики дыма на каждом этаже вашего дома?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли в вашем доме датчики/сигнализаторы угарного газа?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас план аварийной эвакуации на случай пожара?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Знает ли ваш ребенок, что нужно делать, если сработает пожарная сигнализация?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 6 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
Говорили ли вы со своим ребенком о безопасном обращении с огнестрельным оружием?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

БЕЗОПАСНОСТЬ

Вред со стороны взрослых		
Говорили ли вы своему ребенку, что взрослый никогда не должен побуждать ребенка хранить секреты от родителей?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Знает ли ваш ребенок, что старшие дети и взрослые никогда не должны просить посмотреть на его интимные места?	<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.