

Американська академія педіатрії



# АНКЕТА, ЩО ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ПЕРЕД ВІДВІДУВАННЯМ BRIGHT FUTURES ВІЗИТ У ВІЦІ 6 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"/> їздить на звичайному велосипеді.                    | <input type="checkbox"/> Зав'язує шнурки на туфлях.   | <input type="checkbox"/> Грається та взаємодіє принаймні з одним "найкращим другом". |
| <input type="checkbox"/> Стрибає на одній нозі 3-4 рази.                     | <input type="checkbox"/> Сухий вдень та вночі.  | <input type="checkbox"/> Вписує 3 або більше простих слів без копіювання.            |
| <input type="checkbox"/> Ловить маленький м'яч двома руками.                 | <input type="checkbox"/> Розповідає історію, яка має початок, середину та кінець.                   | <input type="checkbox"/> Рахує 10 предметів.   |
| <input type="checkbox"/> Малює людину, що складається з 12 частин.           | <input type="checkbox"/> Обирає улюблені продукти на сніданок та обід.                              | <input type="checkbox"/> Виконує прості додавання та віднімання з об'єктами.         |
| <input type="checkbox"/> Пише ім'я та прізвище великими або малими літерами. | <input type="checkbox"/> Починає та продовжує розмови з однолітками.                                |  |
| <input type="checkbox"/> Більшість продуктів нарізає ножем.                  | <input type="checkbox"/> Оволодів всіма приголосними звуками та поєднаннями, такими як "д" або "ч". |  |

## ВІЗИТ У ВІЦІ 6 РОКІВ

Впишіть друкованими літерами

## 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 прогудувати сім'ю?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
Дисліпідемія	Чи є серед батьків, бабусь та дідусів або тіток та дядьків вашої дитини люди, які зіткнулися з інсультом або проблемами з серцем у віці до 55 років (чоловіки) або 65 років (жінки)?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	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 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

<b>Сусідське та родинне насильство (булінг та бійки)</b>		
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 знущалася ваша дитина коли-небудь або була агресивною по відношенню до інших?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
<b>Харчова безпека</b>		
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 було 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
<b>Алкоголь та наркотики</b>		
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
<b>Емоційна безпека та самооцінка</b>		
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
<b>Зв'язок з родиною</b>		
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

**ВІЗИТ У ВІЦІ 6 РОКІВ****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
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**

<b>Здоров'я зубів</b>		
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
<b>Харчування</b>		
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 напої?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи снідає ваша дитина кожного дня?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
<b>Фізична активність</b>		
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
Чи регулярно ваша дитина лягає спати в один і той же час?	<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

**БЕЗПЕКА**

<b>Безпека авто</b>		
Чи завжди ваша дитина користується автокріслом або бустером, надійно пристебнутим ременем безпеки на задньому сидінні, коли їде в автомобілі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи завжди всі в автомобілі пристебнуються поясними та плечовими ременями безпеки або ременями безпеки, що підтримують положення сидіння?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
<b>Безпека на вулиці</b>		
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 користується ваша дитина сонцезахисним кремом, граючись на вулиці?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
<b>Пожежна безпека вдома</b>		
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

## ВІЗИТ У ВІЦІ 6 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

### БЕЗПЕКА

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.