

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА: \_\_\_\_\_

ДАТА: \_\_\_\_\_

Впишите печатными буквами.

Американская академия педиатрии

## АНКЕТА, ЗАПОЛНЯЕМАЯ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ BRIGHT FUTURES ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 7 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.

- Демонстрирует способность ладить с другими и контролировать свои эмоции
- Предпочитает есть здоровую пищу и ежедневно проявлять физическую активность
- Формирует теплые, доверительные отношения с членами семьи, другими взрослыми и сверстниками

**ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 7 ЛЕТ****ОЦЕНКА РИСКОВ**

<b>Анемия</b>	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)
	Придерживается ли ваш ребенок вегетарианства (не ест красное мясо, курицу, рыбу и морепродукты)?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Если ваш ребенок вегетарианец (не ест красное мясо, курицу, рыбу и морепродукты), то принимает ли он пищевые добавки с железом?	<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)
<b>Слух</b>	Есть ли у вас опасения по поводу слуха вашего ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Есть ли у вас опасения по поводу речи вашего ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
<b>Здоровье полости рта</b>	Содержит ли основной источник воды вашего ребенка фтор?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
<b>Туберкулез</b>	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)
<b>Зрение</b>	Есть ли у вас опасения по поводу зрения вашего ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Бывало ли такое, что ваш ребенок не прошел школьную проверку зрения?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не уверен(-а)
	Ваш ребенок часто щурится?	<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**

<b>Насилие в семье и районе проживания (издевательства и драки)</b>		
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
Говорили ли вы со своим ребенком о том, как получить помощь и кому звонить в чрезвычайной ситуации?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Рассказывал ли ваш ребенок когда-либо вам о том, что к его интимным местам прикасались таким образом, что возникало ощущение дискомфорта?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
<b>Продовольственная безопасность</b>		
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
<b>Алкоголь и наркотики</b>		
Есть ли в жизни вашего ребенка человек, чье употребление алкоголя или наркотиков вызывает у вас опасения?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
<b>Вред от Интернета</b>		
Контролируете ли вы использование Интернета вашим ребенком?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у вас правила об использовании Интернета?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Используете ли вы родительский контроль на компьютерах, планшетах и смартфонах?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Эмоциональная безопасность и самооценка</b>		
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
<b>Связь с семьей</b>		
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

**ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 7 ЛЕТ****РАЗВИТИЕ ВАШЕГО РЕБЕНКА**

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 о том, что он с чем-либо хорошо справляется?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Часто ли ваш ребенок бывает обеспокоен?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Есть ли у вашего ребенка проблемы с гневом и раздражительностью?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Помогаете ли вы своему ребенку контролировать гнев, справляться с беспокойством и решать проблемы?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Пубертатный период и половое созревание</b>		
Говорили ли вы со своим ребенком о том, как изменится его тело в пубертатный период?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

**ШКОЛА**

Хорошо ли ваш ребенок учится в школе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Пропускал ли ваш ребенок более 2 дней школы в какой-либо из месяцев?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Сталкивался ли ваш ребенок со сложностями в школе и получал ли дополнительную помощь?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Вашему ребенку нравится школа?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
У вашего ребенка есть друзья в школе?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Ваш ребенок участвует во внеклассных мероприятиях?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

**ПОДДЕРЖАНИЕ ЗДОРОВЬЯ**

<b>Здоровье зубов</b>		
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
Пользуется ли ваш ребенок капой при игре в контактные виды спорта?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Питание</b>		
Есть ли у вас опасения по поводу веса или рациона питания вашего ребенка?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
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
Ваш ребенок выпивает или съедает 3 порции молочных продуктов, например, молока, сыра или йогурта, в день?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Принимаете ли вы пищу вместе всей семьей?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
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
<b>Физическая активность</b>		
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, игрой в видеоигры 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
Есть ли у вашего ребенка проблемы с засыпанием и просыпается ли он ночью?	<input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Да
Ложится ли ваш ребенок спать в одно и то же время?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

**ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 7 ЛЕТ****БЕЗОПАСНОСТЬ**

<b>Безопасность в автомобиле</b>		
Всегда ли ваш ребенок пользуется детским сиденьем или ремнем безопасности (двух- или трехточечным), когда едет в автомобиле на заднем сиденье?	<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
<b>Безопасность на улице</b>		
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
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 солнцезащитными средствами?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Безопасное обращение с оружием</b>		
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
<b>Вред со стороны взрослых</b>		
Знаете ли вы друзей своего ребенка и их семьи?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Знает ли ваш ребенок, к кому обратиться за помощью, если вас нет рядом?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
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.