

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ПАЦІЄНТА: \_\_\_\_\_

ДАТА: \_\_\_\_\_

Впишіть друкованими літерами

Американська академія педіатрії

## АНКЕТА, ЩО ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ПЕРЕД ВІДВІДУВАННЯМ BRIGHT FUTURES ВІЗИТ У ВІЦІ 7 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 ХОТИЛИ 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.

- Демонструє вміння ладнати з іншими та контролювати свої емоції
- Обирає здорову їжу та щоденну фізичну активність
- Формує турботливі, підтримуючі стосунки з членами сім'ї, іншими дорослими та однолітками

**ВІЗИТ У ВІЦІ 7 РОКІВ****ОЦІНКА РИЗИКІВ**

<b>Анемія</b>	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)
	Чи дотримується ваша дитина вегетаріанської дієти (не їсть червоне м'ясо, курку, рибу або морепродукти)?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи приймає ваша дитина добавки з залізом, якщо вона вегетаріанець (не їсть червоне м'ясо, курку, рибу або морепродукти)?	<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)
<b>Слухання</b>	Чи занепокоєні ви слухом своєї дитини?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи занепокоєні ви мовленням своєї дитини?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
<b>Здоров'я ротової порожнини</b>	Чи містить основне джерело води вашої дитини фтор?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
<b>Туберкульоз</b>	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)
<b>Зір</b>	Чи занепокоїть вас те, як бачить ваша дитина?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Чи провалювала ваша дитина коли-небудь шкільний тест на перевірку зору?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Не впевнен(-а)
	Ваша дитина мружиться?	<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	
Чи говорили ви зі своєю дитиною про те, як отримати допомогу та кому телефонувати в надзвичайній ситуації?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так	
Чи розповідала ваша дитина коли-небудь вам про те, що до її інтимних місць торкалися таким чином, що виникало відчуття дискомфорту?	<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>Шкода від Інтернету</b>			
Чи контролюєте ви користування дитиною Інтернетом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Чи існують у вас правила користування Інтернетом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
Чи використовуєте ви фільтри безпеки на комп'ютерах, планшетах та смартфонах?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні	
<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	

**ВІЗИТ У ВІЦІ 7 РОКІВ****РОЗВИТОК ВАШОЇ ДИТИНИ**

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 дитині, коли вона добре справляється з роботою?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Ваша дитина часто переживає?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи має ваша дитина проблеми з тим, як справлятися з гнівом або розчаруванням?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи допомагаєте ви дитині керувати своїм гнівом, справлятися з тривогами та вирішувати проблеми?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
<b>Статеве дозрівання та пубертатний розвиток</b>		
Чи говорили ви зі своєю дитиною про те, як буде змінюватися її тіло під час статевого дозрівання?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

**ШКОЛА**

Ваша дитина добре вчиться в школі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи пропускала ваша дитина більше 2 днів у школі протягом місяця?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Ваша дитина має труднощі в школі чи отримує додаткову допомогу?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи подобається вашій дитині школа?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи є у вашої дитини друзі в школі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи задіяна ваша дитина у позашкільних заходах?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні

**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
Чи використовує ваша дитина капу під час занять контактними видами спорту?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
<b>Харчування</b>		
Чи є у вас проблеми з вагою або харчовими звичками вашої дитини?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
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 споживає ваша дитина такі молочні продукти, як молоко, сир або йогурт тричі на день?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи обідаєте ви всією родиною разом?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
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, відеоіграми, 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

**ВІЗИТ У ВІЦІ 7 РОКІВ****БЕЗПЕКА**

<b>Безпека авто</b>		
Чи завжди дитина сидить в автокріслі з ременями безпеки або на колінах і плечовими ременями безпеки на задньому сидінні, коли вона їде в автомобілі?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи завжди всі в автомобілі пристібаються поясами 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 іншій активній діяльності на відкритому повітрі?	<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?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
<b>Безпечне поводження зі зброєю</b>		
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
<b>Шкода від дорослих</b>		
Чи знаєте ви друзів вашої дитини та їхні родини?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи знає ваша дитина, як звернутися по допомогу в надзвичайній ситуації, якщо вас немає поруч?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
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>.

