

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА: _____

ДАТА: _____

Впишите печатными буквами.

Американская академия педиатрии

АНКЕТА, ЗАПОЛНЯЕМАЯ ПЕРЕД ПОСЕЩЕНИЕМ BRIGHT FUTURES ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 8 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 8 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)
	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)
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)
Здоровье полости рта	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		
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"/> Да	<input type="radio"/> Нет
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
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
Вред от Интернета		
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
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
Связи с семьей и сверстниками		
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 8 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
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

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
Пользуется ли ваш ребенок капой при игре в контактные виды спорта?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Питание		
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
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, 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
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

ПОСЕЩЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 8 ЛЕТ**БЕЗОПАСНОСТЬ**

Безопасность в автомобиле		
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
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
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
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
Вред со стороны взрослых		
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>.

