

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ПАЦІЄНТА: _____

ДАТА: _____

Впишіть друківаними літерами

Американська академія педіатрії

АНКЕТА, ЩО ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ПЕРЕД ВІДВІДУВАННЯМ BRIGHT FUTURES ВІЗИТ У ВІЦІ 8 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 8 РОКІВ**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)
	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)
Дисліпідемія	Чи є у вашої дитини батьки, бабусі, дідусі, тітки чи дядьки, які перенесли інсульт або проблеми 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)
Здоров'я ротової порожнини	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**

Насильство серед сусідів та насильство в родині		
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 знуцалася ваша дитина коли-небудь або була агресивною по відношенню до інших?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Чи обговорювали ви з дитиною, як отримати допомогу і кому дзвонити в екстрених випадках?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Чи розповідала ваша дитина про те, що до неї торкалися, коли їй це було неприємно, або за інтимні місця?	<input type="radio"/> Ні	<input type="radio"/> Так
Харчова безпека		
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 бувало 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
Алкоголь та наркотики		
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
Шкода від Інтернету		
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
Емоційна безпека та самооцінка		
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
Зв'язок з родиною та однолітками		
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 8 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
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

Здоров'я зубів		
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 користується ваша дитина капою під час занять контактними видами спорту?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Харчування		
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
Фізична активність		
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
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

ВІЗИТ У ВІЦІ 8 РОКІВ**БЕЗПЕКА**

Безпека авто		
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 поясними та плечовими ременями безпеки або ременями безпеки, що підтримують положення сидіння?	<input type="radio"/> Так	<input type="radio"/> Ні
Безпека на вулиці		
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
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
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
Шкода від дорослих		
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

Погоджуйтеся 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>.

