АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

ФИО РЕБЕНКА _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____

Рост:_____Вес:_____Место рождения и место жительства_____

Состоит ли ребенок на учёте у узких специалистов? (по какому поводу)_____

_____

Какие травмы/операции/госпитализации перенес ребенок

_____

Планируются ли оперативные вмешательства (какие?)_____

РОСТ И РАЗВИТИЕ

Есть ли у Вашего ребенка какие-то особенности, сложности с обучением или общением, излишнее возбуждение? ☐ДА ☐НЕТ

Обращались ли Вы с ребенком за помощью к психологу или ребенку была когда-либо рекомендована консультация психолога? ☐ДА ☐НЕТ

ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Были ли у ребенка когда-либо припадки, судороги, обмороки, потеря сознания? ☐ДА ☐НЕТ

Имеются ли у ребенка проблемы восприятия (Зрение, слух) ☐ДА ☐НЕТ

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Есть ли у ребенка врожденные заболевания сердца, шумы в сердце, другие поражения сердца? ☐ДА ☐НЕТ

КРОВЕТВОРНАЯ И ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА

Есть или были у ребенка аденоиды? ☐ДА ☐НЕТ

Проводилось ли ребенку переливание крови и ее компонентов? ☐ДА ☐НЕТ

У ребенка наблюдаются частые носовые кровотечения, чрезмерное кровотечение из небольших порезах, легко возникают гематомы? ☐ДА ☐НЕТ

Есть или когда-либо была у ребенка анемия? ☐ДА ☐НЕТ

Ребенок более восприимчив к инфекциям, чем другие дети? ☐ДА ☐НЕТ

Наблюдалась ли когда-нибудь болезненность и припухлость лимфатических узлов у ребенка? ☐ДА ☐НЕТ

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Была ли у ребенка пневмония, астма, одышка, другие проблемы с дыханием? ☐ДА ☐НЕТ

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

Были ли у ребенка проблемы с желудком, кишечником, печенью? ☐ДА ☐НЕТ

Были ли гепатит или желтуха? ☐ДА ☐НЕТ

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Были ли инфекции мочевыводящих путей, заболевания почек? ☐ДА ☐НЕТ

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Есть ли у ребенка диабет или какая-либо патология эндокринных желез? ☐ДА ☐НЕТ

КОЖА

Бывает ли атопический дерматит ☐ДА ☐НЕТ

- Как проявляется? _____Частота_____

Бывает ли у ребенка герпес, стоматит? ☐ДА ☐НЕТ

ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

Есть ли у ребенка ограничения движения рук и ног? ☐ДА ☐НЕТ

Есть ли у ребенка проблемы связанные с суставами? ☐ДА ☐НЕТ

Мышечная слабость, мышечная дистрофия? ☐ДА ☐НЕТ

АЛЛЕРГИЯ

Наблюдалась ли когда-либо у ребенка аллергия в виде: ☐крапивницы ☐удушья

☐отека Квинке ☐потери сознания ☐зуда ☐покраснений кожи

Есть ли аллергические реакции на: ☐местные анестетики ☐антибиотики

☐препараты йода ☐препараты хлора ☐латекс ☐анальгетики ☐пищевые продукты

☐молоко ☐пыльца растений ☐шерсть животных

Есть ли у ребенка выявленная аллергия на какие-либо другие вещества? ☐ДА ☐НЕТ

ПРИЕМ МЕДИКАМЕНТОВ

Принимает ли ребенок в настоящее время какие-либо препараты? ☐ДА ☐НЕТ

Если да, то какие? _____

ИММУНИЗАЦИЯ

Проводится ли ребенку иммунизация согласно Национальному календарю профилактических прививок? ☐ДА ☐НЕТ

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____

ФИО родителя/ ФИО иного законного представителя
(нужное подчеркнуть)

Подпись_____