

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA

- PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA DLA DZIECI

PROSZĘ O DOKADNE WYPEŁNIENIE PONIŻEJ ANKIETY - TO WAŻNA CZĘŚĆ LECZENIA PANI / PANA DZIECKA

Data	
Imię i nazwisko dziecka	
Wiek	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej ankietę	
Powód skierowania do endokrynologa	

ZGŁOSZENIE W TRYBIE PILNYM TAK / NIE

WYWIAD DOTYCZĄCY CIĄŻY I PORODU

KTÓRA CIĄŻA?

Czy ciąża przebiegała prawidłowo? TAK / NIE

jeśli NIE proszę wymienić choroby podczas ciąży/przyjmowane leki w tym suplementy

Poród: siłami natury / cięcie cesarskie jeśli cięcie cesarskie z jakiego powodu?

Urodzeniowa masa ciała dziecka _____ długość ciała _____

punkty w skali Apgar _____ obwód głowy _____

Czy po porodzie u dziecka występowały jakiegolwiek problemy? TAK / NIE

jeśli TAK proszę opisać jakie _____

Czy dziecko było karmione piersią? TAK / NIE

jeśli TAK jak długo _____

Dieta zwykła TAK / NIE

jeśli NIE proszę podać rodzaj diety _____

Czy dziecko było szczepione zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień? TAK / NIE

jeśli NIE proszę opisać dlaczego _____

HISTORIA MEDYCZNA

Czy dziecko ma jakąkolwiek przewlekłą chorobę/choroby? TAK / NIE
jeśli TAK proszę opisać jaką

Czy dziecko przewlekłe bierze leki? TAK / NIE
jeśli TAK proszę wypełnić tabelkę poniżej;

Lek	Dawka	Start leczenia (data)

Czy dziecko było kiedykolwiek hospitalizowane? TAK / NIE
Jeśli TAK proszę wypełnić tabelkę poniżej;

Powód Hospitalizacji	data/wiek	Szpital

Czy dziecko miało kiedykolwiek zabieg operacyjny? TAK / NIE
Jeśli TAK proszę wypełnić tabelkę poniżej;

Rodzaj zabiegu	data/wiek	Szpital

WYWIAD RODZINNY

Wzrost: MATKI OJCA

Data pierwszej miesiączki matki:

Czy w rodzinie występują poniżej choroby:	TAK	NIE	członek/-owie rodziny
Cukrzyca typu I (insulinozależna)			
Cukrzyca leczona dietą lub doustnymi lekami			
Niedoczynność tarczycy			
Inne problemy z tarczycą			
Nieregularne miesiączki			
Problemy z zajściem w ciążę			
Nagłe zgony			
inne choroby przewlekłe			
Niski wzrost			

WYWIAD DOTYCZĄCY PACJENTA

Czy u dziecka występują:	TAK	NIE	krótkie wyjaśnienie:
Problemy z oddychaniem lub sercem			
częste infekcje			
wymioty			
biegunki/zaparcia			
spadek masy ciała w ostatnim czasie			
nykturia (oddawanie moczu w nocy)			
częste/nawracające infekcje dróg moczowych			
zwiększone pragnienie			
częste bóle głowy			
problemy z widzeniem			
gorszy słuch			
częste złamania kości			
trądzik, nadmierne owłosienie na twarzy i ciele,			
problemy z nauką w szkole			
problemy z zachowaniem/agresja/zaburzenia emocjonalne			
Czy pani/pan jest zadowolony z obecnych nawyków żywieniowych dziecka? czy jest coś co powinno ulec zmianie?			

Napoje inne niż woda	TAK	NIE	Ilość na dzień
Napoje gazowane			
soki			
mleko			

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Dla niemowląt i małych dzieci:

Kto jest głównym opiekunem?

Czy dziecko uczęszcza do żłobka/ przedszkola? TAK / NIE

Dla dzieci w wieku szkolnym:

Klasa:

Szkoła Specjalna: TAK / NIE

Czy istnieją problemy w szkole TAK / NIE Jeśli TAK
to jakie:

ALERGIE

Czy dziecko posiada jakieś alergie na leki? TAK / NIE
Jeśli TAK proszę uzupełnić:

Lek	Objawy

Czy dziecko ma jakieś alergie pokarmowe TAK / NIE
Jeśli TAK to jakie? _____

Czy dziecko ma jakieś alergie na inne substancje w tym LATEX? TAK / NIE
Jeśli TAK proszę podać produkty spożywcze bądź substancje _____

Inne alergie? TAK / NIE

Jeśli TAK proszę opisać jakie? _____

KONTAKT DO OPIEKUNA DZIECKA

Imię i nazwisko:

Telefon:

Adres e-mail:

UWAGA:

WZROST JEST WAŻNYM ASPEKTEM KAŻDEJ OCENY
ENDOKRYNOLOGICZNEJ. PROSZĘ PRZESŁANIE NAM KOPII TABELI
WZROSTU TWOJEGO DZIECKA PRZED WIZYTĄ
(nawet jeśli Twoje dziecko nie przychodzi na ocenę wzrostu).