АНКЕТА ПОПЕРЕДНЬОГО ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА

|  |
| --- |
|  **Дані пацієнта:** |
| 1. | Ідентифікаційні дані пацієнта:Ім’я:Друге ім’я:Прізвище:Стать:* Жінка
* Мужчина

номер PESEL:дата народження – день: місяць: рік:  |
| 2. | Адреса проживання пацієнта: |
|  | * воєводство:
* повіт:
* місто:
* вулиця:
* номер дому:
* номер квартири:
* номер телефону пацієнта (якщо це стосується)
 |  |
|  | **Дані законних представників ( опікунів ) :** |  |
| 1. | Законні опікуни пацієнта:ім’я:прізвище: | ім’я:прізвище: |
| 2. |  Спорідненість законних представників ( опікунів ) пацієнта: * біололгічні батьки
* прийомні батьки
* інше ( уточніть )
 | * біологічні батьки
* прийомні батьки
* інше ( уточніть )
 |
| 3. | Адреса проживання законних представників ( опікунів ):* адреса збігається з адресою пацієнта
* адреса інша

воєводство:повіт:місто: вулиця:номер дому:номер квартири: | * адреса збігається з адресою пацієнта
* адреса інша

воєводство:повіт:місто:вулиця:номер квартири: |
|  |
| 4. | Номери телефонів та адреси електронної пошти:тел. мобільний:тел. стаціонарний:електронна пошта: |
|  | **Дані особи, яка заповнює анкету:** |
| 1. | **Ім’я та прізвище особи, яка заповнює анкету ( будь ласка заповніть, якщо Ви не являєтесь законним опікуном ):**ім’я:прізвище: |
| **2.** | **Спорідненість з пацієнтом:*** біологічні батьки
* прийомні батьки
* соціальний працівник
* лікар
* інше ( будь ласка уточніть )
 |
| **3.** | **Телефонний номер та адрес електронної пошти особи яка заповнює анкету:**тел. мобільний:тел. стаціонарний:електронна пошта: |
| **4.** | **Хто Вас направив до Регіонального пункту діагностики і терапії ( хто повідомив про цей пункт )?** |
|  | **Кому надсилати кореспонденцію?** |
| **1.** | **Кореспонденцію надсилайте будь ласка на адресу:*** законного опікуна
* особи, що заповнює анкету
* іншої особи або установи ( напишіть адресу )
 |

*Просимо, щоб Ви заповнили цю частину анкети якомога точніше. Ми розуміємо, що неможливо відповісти на всі запитання. Відповіді на питання в цій анкеті є необхідні для максимально точного поставлення діагнозу та направлення пацієнта на відповідне лікування. Дякуємо, що знайшли час щоб заповнити анкету.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Причини направлення на обстеження** |
| **1.** | **Які основні проблеми пацієнта? ( просимо детально написати ):** |
|  | **Очікування від тесту** |
| **1.** | **Які Ваші очікування щодо проведення цих тестів?** |
|  | **Виміри при народжені** |
| **1.** | **Вага при народжені:**  грамів |
| **2.** | **Ріст при народжені:** сантиметрів |
| **3.** | **Окружність голови при народжені:** сантиметрів |
| **4.** | **Вік вагітності ( тривалість вагітності ):** в місяцях або в тижнях |
|  | **Додаткові дані щодо ваги, росту і окружності голови** |
| **1.** | **Дата день місяць рік** |
|  | вага: кг |
|  | ріст: см |
|  | окружність голови: см |
| **2.** | **Дата день місяць рік** |
|  | вага: кг |
|  | ріст: см |
|  | окружність голови: см |
| **3.** | **Дата день місяць рік**  |
|  | вага: кг |
|  | ріст: см |
|  | окружність голови: см |
| **4.** | **Дата день місяць рік**  |
|  | вага: кг |
|  | ріст: см |
|  | окружність голови: см |
|  | **Ріст біологічних батьків** |
| **1.** | **Ріст біологічної матері:** см |
| **2.** | **Ріст біологічного батька:** см |
|  | **Зовнішній вигляд і здоров’я** |
| **1.** | **Фотографії обличчя пацієнта дуже нам допомагають.** *Найкращі фото це ті, на яких обличчя заповнює весь простір, а пацієнт не посміхається. Фотографії пацієнтів віком від 1 до 12 років є особливо важливі.***Чи Ви маєте такі фото**? так ні**Скільки фото прикріплено до анкети?****Чи є можливість представити інші фото?** так ні |
| **2.** | **Чи був у пацієнта вроджений дефект ( або виявлено пізніше ), напр. заяча губа, вроджена вада серця, деформована стопа і т.д.?**так ні немає данихЯкщо так, напишіть, будь ласка, які: |
| **3.** | **Чи у пацієнта, коли-небудь, був поставлений діагноз:** |
|  | Так | Ні | відсутністть даних |
| алергії | \* | \* | \* |
| вушні інфекції  | \* | \* | \* |
| хронічний/затяжний синусит (zatoki)  | \* | \* | \* |
| хронічна/затяжна втрата слуху  | \* | \* | \* |
| проблеми із зором  | \* | \* | \* |
| хронічна хвороба серця  | \* | \* | \* |
| хронічна хвороба нирок  | \* | \* | \* |
| хронічні захворювання суглобів/кінцівок  | \* | \* | \* |
| хронічні захворювання шлунка/кишкового тракту  | \* | \* | \* |
| 4. | **Чи у пацієнта були:****А) операції, хірургічні процедури ( від народження ):**  так ні відсутність даних*Якщо так, будь ласка, опишіть операцію/операції ( в т.ч.: яка це була операція, якого віку пацієнт, вкажіть також дату операції )*  |
|  | **В) Інші госпіталізації:** так ні відсутність даних*Якщо так, будь ласка, опишіть перебіг госпіталізації (т в.ч.: які були причини госпіталізації, якого віку пацієнт, вкажіть також дату госпіталізації )* |
|  | **С) Фізичне знущання**так ні відсутність даних*Якщо так, будь ласка уточніть,надайте деяку інформацію про фізичне знущання над пацієнтом ( в т.ч.: хто це зробив, скільки було років пацієнту, чи проходив медичний огляд )* |
|  | **D) Сексуальні домагання ( розбещення )**  так ні відсутність даних*Якщо так, будь ласка уточніть, надайте деяку інформацію про розбещення ( в т.ч.: хто це зробив, скільки було років пацієнту, чи проходив медечний огляд )* |
|  | **Неврологічні проблеми** |
| **1.** | **Чи у пацієнта були:**  **А) судомні напади**  так ніпідозрюється відсутність даних*Якщо так, будь ласка,вкажіть:* *тип нападів:* *вік, коли почались напади:* *назви введених лікив:*  |
|  | **В) Втрата специфічних рухових навичок, таких як:** так ні відсутні дані **збереження положення стоячи, ходьба, похилення.** Якщо так, будь ласка,опишіть:  |
|  | **С) Мимовольний енурез ( нетримання сечі) , в ночі, забруднення білизни після досягнення 8-річного віку:** так ні пацієнту ще немає 8 років відсутні дані Якщо так, будь ласка, опишіть: |
| **2.** | **Чи була у пацієнта травма голови, що призвела до втрати свідомості, чи була потрібна медична допомога?** так  ні  відсутьні дані Якщо так, опишіть, будь ласка, ці травми: |
| **3.** | **Чи пацієнт проходив обстеження КТ ( комп’ютерна томографія ) або магнітно-резонансну томографію головного мозку:** так  ні відсутні дані**Якщо так, чи дані були описані неправильно?** так ні відсутні дані  |
|  | **Порушення та розлади уваги і гіперактивність психомоторна** |
| **1.** | **Чи були обстеження, тести, на синдром дефіциту з гіперактивностю ( АDD/ADHD)?** **ADD –** синдром дефіциту увагі. **ADHD –** психомоторна гіперактивність .так  ні  відсутні дані**Якщо так, то коли було обстеження?**вік пацієнта під час обстеження:дата обстеження – день: місяць: рік:  |
| **2.** | **Чи було у пацієнта діагностовано ADD або ADHD?**так  ні відсутні дані  |
| **3.** | **Чи було лікування пацієнта з причин ADD або ADHD?** так  ні  відсутні дані**Якщо так, то які ліки були застосовані?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **які ліки**  | **дозування лікив** |  **вік** | **реакція на ліки**  | **які ліки приймаються сьогодні(зараз)?** |
|  |  |  |  | так ні |
|  |  |  |  | такні |
|  |  |  |  |  так ні  |

 |
|  | **Проблеми з психічним здоров’ям** |
| **1.** | **Чи проходив пацієнт обстеження у психіатра або психолога?** такнівідсутні дані**Якщо так, то вкажіть, будь ласка, наступну інформармацію :** **А) Спеціалізація лікаря:**причина обстеження:вид терапії ( напр. поведінки, індивідуальна або групова терапія, сімейна, фармокологічна терапія ) :вік пацієнта на даний момент: Чи терапія допомогла: так  ні  відсутні дані**B) Спеціалізація лікаря:**вид терапії ( напр. поведінки, індивідуальна або групова терапія, сімейна, фармокологічна терапія ) :вік пацієнта на даний момент:Чи терапія допомгла: так ні відсутні даніЯкщо так, то як це допомогло? |
| **2.** | **Чи проходив пацієнт обстеження з причин розладу настрою ( депресія, тривога, і т.д. ) або фобії ?** так  ні  відсутні дані **Якщо так, то коли було обстеження?** вік пацієнта на даний момент:дата остеження – день: місяць: рік:  |
| **3.** | **Чи отримував пацієнт фармакологічне лікування з причин розладу настрою ( депресія, тривога, і т.д.) або фобії?**так ні  відсутні дані**Якщо так, то які ліки були застосовані?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **які ліки**  | **дозування лікив**  |  **вік** | **реакція на ліки** |  **які ліки приймаються сьогодні(зараз)?** |
|  |  |  |  |  так ні |
|  |  |  |  |  так ні |
|  |  |  |  |  так ні |

 |
|  | **Проблеми в школі** |
| **1.** | **Вкажіть, будь ласка, всі школи , які відвідував пацієнт та завершені, зараховані,класи:** Отримав спеціальну освіту, індивідуальне навчання і т.д.Школа Місто Зараховані класи так ні відсутні дані            |
| **2.** | **Які проблеми з навчанням у пацієнта?**  |
| **3.** | **Які проблеми з поведінкою пацієнта?** |
|  | **Вплив алкоголю** |
| **1.** | **Вживання алкоголю біологічною матер’ю.***Вкажіть, будь ласка, докладні, вичерпні відповіді. Ця інформація є важливою для діагностики пацієнта.***До того, як завагітніти:****-** середня кількість алкогольних напоїв під час події, нагоди:- максимальна кількість алкогольних напоїв під час події, нагоди:- середня кількість днів у тижні, коли вживався алкоголь:- вид/и алкоголю: вино пиво горілка невідомий алкоголь інший алкоголь ( уточніть який: ) **Під час вагітності:****-** середня кількість алкогольних напоїв під час події, нагоди:- максимальна кількість алкогольних напоїв під час події, нагоди:- середня кількість днів у тижні, коли вживався алкоголь:- вид/и алкоголю: вино пиво горілка невідомий алкоголь інший алкоголь ( уточніть який: ) **Триместр(и) вагітності протягом якого(их) вживався алкоголь:** 1 2 3 відсутні дані**Чи були повідомлення, що біологічна мати має проблеми з алкоголем?** так  ні відсутні дані**Чи було здіагнозовано алкоголізм у біологічної матері?** так  ні відсутні дані**Чи лікувалась біологічна мати від алкогольної залежності?**так ні відсутні дані**Якщо немає даних, бракує відповідей до вищевказаних питань, то дуже просимо о будь-яку інформацію, яка допоможе визначити обсяг ( рівень ) вживання алкоглю біологічною матір’ю під час вагітності:** **Що є джерелом вищенаведеної інформації про вживання алкоголю?** **........................................................................................................................................****Чи приймала біологічна мати під час вагітності будь-яку з наступних речовин:**так ні відсутні вид назвіть конкретні речовини місяць/ці дані речовини вагітності **наркотики ........................................................................................**  **тютюн ........................................................................................** **ліки ........................................................................................** **рентгенівське випромінювання...........................................................**  |
|  | **Інформація про біологічних батьків пацієнта**  |
| **1.** | **Інформаційні дані про біологічну матір:**ім’я: друге ім’я:прізвище:дата народження – день: , місяць: , рік: , рівень отриманої освіти ( останній закінчений клас) : чи у матері були труднощі в навчанні?вік під час пологів:адреса проживання біологічної матері:воєводство:повіт:місто:вулиця:номер будинку:номер квартири:коли був останній контакт з біологічною матір’ю?   |
| **2.** | **Інформаційні дані про біологічного батька:**ім’я:друге ім’я:прізвище:дата народження – день: , місяць: , рік: , рівень отриманої освіти ( останній закінчений клас ) :чи у батька були труднощі в навчанні?вік під час пологів:адреса проживання біологічного батька:воєводство:повіт:місто:вулиця:номер будинку:номер квартири:коли був останній контакт з біологічним батьком?  |
|  | **Історі’я здоров’я біологічних батьків** |
| **1.** | **Чи хтось з біологічної родини пацієнта страждав на такі захворювання?***Вкажіть належну відповідь*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | біологічна матір | біологічнийбатько  | родинаматері  | родинабатька  | брати і сестри пацієнта |
| алкоголізм |  |  |  |  |  |
| вроджені дефекти |  |  |  |  |  |
| викидень |  |  |  |  |  |
| розумова відсталість |  |  |  |  |  |
| інші дефекти, вади, розвитку |  |  |  |  |  |
| порушення, розлад, в навчанні |  |  |  |  |  |
| розлади уваги |  |  |  |  |  |
| гіперактивність |  |  |  |  |  |
| епілепсія |  |  |  |  |  |
| неврологічне захворювання |  |  |  |  |  |
| знущання над дитиною |  |  |  |  |  |
| депресія |  |  |  |  |  |
| **самогубство** |  |  |  |  |  |
| психічна хвороба, психічний розлад |  |  |  |  |  |
| проблеми із зором |  |  |  |  |  |
| проблеми із слухом |  |  |  |  |  |
| інші хронічні захворювання |  |  |  |  |  |
| синдром Туретта  |  |  |  |  |  |
| злочинність |  |  |  |  |  |
| будь-які специфічні генетичні захворювання |  |  |  |  |  |
| інші ( які ? ) |  |  |  |  |  |

 |
|  | **Вагітності біологічної матері** |
| **1.** | **Вкажіть, будь ласка, всі вагітності біологічної матері у хронологічному порядку, в т.ч.: викидні та аборти.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| рік | тривалість вагітності | ім’я дитини ( якщо це стосується )  | діти народжені живими **так ні**   | розвинені правильно **так ні**  | якщо, неправильно, поясніть. ( в т.ч. діагностика FAS/FAE якщо здіагнозовано)  |
|  |  |  |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |

 *Заповнюється працівником Регіонального діагностичного пункту і терапії FAS/FASD:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| всього кількість народжень (пологів ): | разом тяжкість народжень ( пологів):  | кількість народжень ( пологів) в справі пацієнта:  | ускладнення, тіяжкість, народження пацієнта:  | діагностика FASD  |
|  |  |  |  |  |

  |
|  | **Вагітність, пологи та народження пацієнта** |
| **1.** | **Чи були ускладнення, труднощі, під час ваітності у біологічної матері ?** так ні відсутні даніЯкщо так, опишіть, будь ласка, ці труднощі: |
| **2.** | **Чи отримувала біологічна мати допологовий догляд ( опіку ) :**так ні відсутні дані |
| **3.** | **Чи під час пологів були якісь ускладнення?** так ні відсутні даніЯкщо так, будь ласка, поясніть: |
| **4.** | **Чи пологи були?** природними шляхом кесаревого розтину  відсутні даніПричини кесаревого розтину, якщо такий проводився: |
| **5.** | **Де народився пацієнт?** лікарня:місто:воєводство: |
| **6.** | **Шкала Апгар:**в 1. хвилинів 2. хвилинів 5. хвилинів 10. хвилині |
| **7.** | **Скільки днів новонароджений пробув в лікарні в якій народився?** днів:  |
| **8.** | **Чи виникли наступні проблеми під час перебування пацієнта в лікарні?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | так | ні | відсутні дані  |
| проблеми з годуванням |  |  |  |
| апное (bezdech) / утруднене дихання |  |  |  |
| потрібен був додатковий кисень |  |  |  |
| інфекції |  |  |  |
| жовтаниця (рос. желтуха)  |  |  |  |
| судоми |  |  |  |
| інші проблеми (які ?) |  |  |  |

 |
|  | **Список лікарів, які на даний момент, займаються обслуговуванням (догляду) пацієнта** |
| **1.** | **Лікар первинної ланки ( першого контакту ) / сімейний лікар?:**ім’я:прізвище:адреса:телефон: |
| **2.** | **Консультанти з питань психічного здоров’я ( в т.ч. психіатри та психологи ):**ім’я:прізвище:спеціалізація:адреса:телефон: |
|  | ім’я:прізвище:спеціалізація:адреса:телефон: |
|  | ім’я:прізвище:спеціалізація:адреса:телефон: |
| **3.** | **Школа:**ім’я:прізвище:адреса:телефон:контактна особа ( напр. вчитель, медсестра, опікун тощо ) : |
|  | **Місця перебування пацієнта** |
| **1.** | **Список всіх місць перебування, проживання, пацієнта від народження і на даний момент:**тип, вид, місцезнаходження ( тобто: прийомна сім’я, сурогатна сім’я, і т.д. ) :час перебування:вік пацієнта на момент перебування:*Заповнюється працівником Регіонального діагностичного пункту і терапії FAS/FASD:**разом, всього, місць перебування:**перше місцезнаходження:**останнє місцезнаходження:* |
| **2.** | **Який час, як довго, перебуває пацієнт під Вашим наглядом?** |
|  | **Що взяти з собою в клініку?** |
|  | **Якщо пацієнт лікувався в минулому і були такі обстеженя, то принесіть, будь ласка, результати до клініки в призначений день візиту. Така інформація є необхідною під час діагностичного остеження:*** фотографії обличчя пацієнта від народження до 12 років
* медична документація, яка підтверджує наявність вищезазначених проблемів
* інформація про успішність в навчанні, в т.ч. :
* результати тестів наукових досягнень
* тести IQ
* результати мовного тестування
* результати тестів соціальних навичок
* результати тестів поведінки
* результати психологічних тестів
* результати тестів, обстежень, рухового розвитку, в т.ч.:
* руховий розвиток, рухові навички ( моторика )
* результати трудотерапії
* результати психологічних тестів ( пізнавальні/когнітивні )
 |