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 даних  Якщо 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?**  так  ні  відсутні 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 дані  Якщо 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 | біологічний  батько | родина  матері | родина  батька | 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 дані  Якщо 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 дані  Якщо так, будь ласка, поясніть: | | | |
| **4.** | **Чи пологи були?**  природними  шляхом кесаревого розтину  відсутні дані  Причини кесаревого розтину, якщо такий проводився: | | | |
| **5.** | **Де народився пацієнт?**  лікарня:  місто:  воєводство: | | | |
| **6.** | **Шкала Апгар:**  в 1. хвилині  в 2. хвилині  в 5. хвилині  в 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 ) | | | |