**KWESTIONARIUSZ DZIECKA ZGŁOSZONEGO DO PORADNI**

..................................................................................................................................

**DANE DEMOGRAFICZNE**

**Imię i Nazwisko dziecka**:...................................................................................................................... Data urodzenia:.......................................................Wiek:.................................................................................. Masa ciała: ..................................................... Wzrost:...............................................................................

 **INFORMACJE NA TEMAT CIĄŻY I PORODU (Z KSIĄŻECZKI ZDROWIA DZIECKA)**

Wiek matki w czasie porodu:.............Wiek ojca w czasie porodu............

Czy występowały kłopoty z zajściem w ciążę: ▢ TAK ▢NIE

Która była to ciąża z kolei?: ............................

Czy rozród był wspomagany: NIE /TAK in vitro TAK inseminacja TAK inne

Czy występowały poronienia: ▢TAK ▢NIE

Czy w ciąży stosowane były leki: ▢TAK ▢ NIE

Jeżeli tak, proszę podać jakie, w jakich dawkach i w którym okresie ciąży:

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

Czy w ciąży występowały plamienia lub krwawienia: ▢TAK ▢NIE

Jeżeli tak, to w którym miesiącu:.................................................................................................................

Czy w ciąży wystąpiły poważne urazy: ▢TAK ▢NIE

Jeżeli tak, to w którym miesiącu:..................................................................................................

Czy matka w ciąży przechodziła infekcje: ▢TAK ▢ NIE

Jeżeli tak, to jakie, w którym miesiącu i jakie leczenie zostało zastosowane:

......................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Czy w czasie ciąży stwierdzono u matki (proszę zakreślić właściwe):

cukrzycę nadciśnienie cholestazę inne:.........................................................................................

Poród odbył się w tygodniu ciąży:..................................................................................................

Poród odbył się (proszę zakreślić właściwe): siłami natury /cięciem cesarskim z próżnociągiem (vacuum) /kleszczami

Liczba punktów w skali Apgar po urodzeniu, wynik całościowy dziecka:........................................

Masa ciała noworodka: ...............Długość noworodka:............... Obwód głowy:...........................

Obwód klatki piersiowej.............

Czy dziecko przebywało po urodzeniu w inkubatorze: ▢TAK ▢NIE

Jeżeli tak, to dlaczego:.................................................................................................................................

Czy noworodek przechodził żółtaczkę: ▢TAK ▢NIE

Jaki był poziom bilirubiny u dziecka (i w której dobie życia):................

Czy wystąpiły powikłania lub urazy okołoporodowe: ▢TAK ▢NIE

Jeśli tak to jakie:........................................................................................................................................

 **STAN ZDROWIA DZIECKA**

Przebyte poważne choroby, kiedy jakie:.....................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Utratyprzytomności:.................................................................................................................................

Drgawki:....................................................................................................................................................

Urazy głowy z podejrzeniem wstrząsu mózgu.........................................................................................

Inneurazy..................................................................................................................................................

Alergie......................................................................................................................................................Zabiegi......................................................................................................................................................

Hospitalizacje, kiedy, gdzie, z jakiego powodu:........................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dieta : bezglutenowa ▢ TAK ▢NIE

 bezmleczna ▢TAK ▢NIE

 bezcukrowa ▢TAK ▢NIE

**OPIEKA SPECJALISTYCZNA**

Czy i kiedy dziecko było konsultowane przez: (jeżeli tak to z jakiego powodu)

- neurologa ▢TAK ▢NIE

- laryngologa ▢TAK ▢NIE

- okulisty ▢TAK ▢NIE

- alergologa ▢TAK ▢NIE

- psychiatrę ▢TAK ▢NIE

- innego specjalistę ▢TAK ▢NIE

- w PPP ▢TAK ▢NIE

Czy dziecko aktualnie zażywa leki/ witaminy/suplementy? ▢TAK ▢NIE

Jeśli tak to jakie:..............................................................................................................................

Czy dziecko posiada orzeczenie z PPP: ▢TAK ▢NIE..............................................................

.......................................................................................................................................................

Czy dziecko posiada diagnozę ▢TAK ▢NIE

Całościowych zaburzeń rozwoju (autyzm, autyzm atypowy, Zespół Aspergera): ▢TAK ▢NIE

Niepełnosprawności intelektualnej: ▢TAK ▢NIE

**AKTUALNE BADANIA LEKARSKIE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Badanie** | **TAK** | **NIE** | **data** | **Wynik** | **Zalecenia** |
| Morfologia |  |  |  |  |  |
| Elektrolity |  |  |  |  |  |
| Próby wątrobowe |  |  |  |  |  |
| Glukoza |  |  |  |  |  |
| Mocznik |  |  |  |  |  |
| Keratynina |  |  |  |  |  |
| Hormony tarczycy (TSH, FT3, FT4) |  |  |  |  |  |
| Poziom witaminy D3-25OH |  |  |  |  |  |
| IgE całkowite |  |  |  |  |  |
| Ogólne badanie moczu |  |  |  |  |  |
| Pasożyty - kał |  |  |  |  |  |
| Candida wymaz |  |  |  |  |  |
| Badanie metaboliczne |  |  |  |  |  |
| Badanie genetyczne |  |  |  |  |  |
| Badane słuchu/jakie? |  |  |  |  |  |
| Badanie dna oka |  |  |  |  |  |
| EEG |  |  |  |  |  |
| TK/MRI |  |  |  |  |  |
| EKG |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***Data i podpis opiekuna prawnego***  *........................................................................*