

Анкета для родителей
для оценки состояния здоровья своего ребенка
и своевременной его корректировки

Уважаемые **родители!** Внимательно ознакомьтесь с содержанием **анкеты** и постарайтесь максимально точно ответить на вопросы. Эти сведения необходимы Вам для **оценки состояния здоровья Вашего ребенка**

Бывают ли:

1. Головные боли (беспричинные, при волнении, после нагрузки, после посещения детского сада) Да Нет
2. Слезливость, частые колебания настроения, страхи Да Нет
3. Слабость, утомляемость после занятий (*в детском саду, дома*) Да Нет
4. Нарушение сна (долгое засыпание, чуткий сон, снохождение, ночное недержание мочи, трудное пробуждение по утрам) Да Нет
5. Повышенная потливость или появление красных пятен при волнении Да Нет
6. Головокружение, неустойчивость при перемене положения тела Да Нет
7. Обмороки Да Нет
8. Двигательная расторможенность (*не может долго усидеть на месте*) Да Нет
9. Навязчивые движения (теребит одежду, волосы, облизывает губы, грызет ногти, сосет палец, часто мигает, заикается) Да Нет
10. Боли неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, перебои Да Нет
11. Повышенное артериальное давление Да Нет
12. Часто насморк (*4 и более раз в году*) Да Нет
13. Часто кашель (*4 и более раз в году*) Да Нет
14. Часто потеря голоса (*4 и более раз в году*) Да Нет
15. Боли в животе Да Нет
16. Боли в животе после приема пищи Да Нет
17. Боли в животе до еды Да Нет
18. Тошнота, отрыжка, изжога Да Нет
19. Нарушение стула (*запоры, поносы*) Да Нет
20. Заболевания желудка, печени, кишечника Да Нет
21. Боли в пояснице Да Нет
22. Боли при мочеиспускании Да Нет
23. Реакция на какую-то пищу, запахи, цветы, пыль, лекарства (*отеки, затрудненное дыхание, сыпь*) Да Нет
24. Реакция на прививки (*сыпь, отеки, затрудненное дыхание*) Да Нет
25. Появление экссудативного диатеза (*покраснение кожи, шелушение, экзема*) Да Нет

Оценка анкетного теста:

1. Вопросы 1-9: при положительном ответе на вопросы 1,2,5 – отдельно или в сочетании (*например, 1и2; 2и3; 3и5; и т. д.*) – наблюдение врачом учреждения; при положительном ответе на вопросы 2,4,6,7,8,9 отдельно или в сочетании (*например, 1и4; 2и6; 3и7 и т. д.*), а также при положительном ответе на 3 и более вопроса данного раздела (*в любом сочетании*) – консультация невропатолога обязательна.
 2. Вопросы 10-11: при положительном ответе на каждый или оба вопроса обследование врачом учреждения по показаниям консультации ревматолога.
 3. Вопросы 12-14: при положительном ответе на каждый или несколько вопросов данного раздела – консультация отоларинголога обязательна.
 4. Вопросы 15-20: при положительном ответе на один из вопросов 15,20 – 16, 17,18,19, а также на 2 и более вопроса данного раздела (*в любом сочетании*) – обследование врачом учреждения – консультация гастроэнтеролога.
 5. Вопросы 21-22: при положительном ответе на один или оба вопроса – обследование врачом учреждения, по показаниям дополнительные специальные исследования и консультация невролога.
 6. Вопросы 23-25: при положительном ответе на один или три вопроса – обследование врачом учреждения, по показаниям консультация аллерголога.
- Берегите здоровье смолоду - будьте внимательны к **состоянию здоровья** своего ребенка и своевременно оказывайте ему помощь!