

Gorzów Wielkopolski, data:.....
Imię i nazwisko dziecka:.....
PESEL dziecka:.....

Przychodnia POZ:.....

WYWIAD CHOROBY

1. Czy dziecko cierpi na choroby przewlekłe? Jeżeli TAK, proszę podać jakie?
.....

2. Czy dziecko przyjmuje leki, suplementy diety na stałe? Jeżeli TAK, proszę podać nazwę i dawkę np. witamina D3, żelazo, budezonid wziewnie.
.....

3. Czy dziecko ma alergię : na leki, pokarmową, wziewną? Jeżeli TAK, proszę podać na co?
.....
.....

4. Czy pacjent jest objęty opieką poradni specjalistycznej, np. kardiologicznej, alergologicznej, okulistycznej? Jeżeli TAK, proszę podać jakiej i z jakiej przyczyny?
.....
.....

5. Proszę wymienić choroby przebyte przez dziecko, w tym choroby zakaźne, np. ospa wietrzna, rumień nagły (potocznie „trzydniówka”), zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli, angina, zapalenie uszu, biegunka, wymioty, zakażenie układu moczowego, zapalenie krtani.
.....
.....

6. Czy dziecko dotychczas przeszło zabiegi chirurgiczne, hospitalizację? Jeżeli TAK, proszę podać: nazwę oddziału, rozpoznanie, wiek dziecka w momencie hospitalizacji.
.....
.....

7. Czy szczepienia u dziecka realizowane są zgodnie z kalendarzem szczepień? TAK NIE
Jeżeli NIE, proszę podać uzasadnienie.
.....

8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni dziecko przyjęło jakąkolwiek szczepionkę? TAK NIE
Jeżeli TAK, proszę podać jej nazwę.
.....

WYWIAD OKOŁOPORODOWY

1. Dziecko z:

- której ciąży?

- którego porodu?

- urodzone, w którym tygodniu ciąży?

- poród: siłami natury // poród instrumentalny (kleszcze/próżnociąg)

przez cięcie cesarskie (z jakich wskazań:.....).

2. Przebieg ciąży: prawidłowy // nieprawidłowy- jakie były problemy w trakcie ciąży np. cukrzyca ciążowa, niedokrwistość u matki, nadciśnienie indukowane ciążą, inne
.....

3. Dane po porodzie: punktacja APGAR 1' min.....3' min5' min10' min.....
Masa ciała urodzeniowa: g, długość ciała urodzeniowa: cm, obwód głowy cm.
4. Czy po porodzie wystąpiły u dziecka jakiegokolwiek powikłania? TAK NIE
np. zakażenie wrodzone żółtaczka zaburzenia oddychania.....inne:

ROZWÓJ PSYCHORUCHOWY

1. W którym miesiącu życia dziecko zaczęło: rozwój psychoruchowy: prawidłowy

- obracać się z brzuszka na plecy:

- siadać:

- wstawać:

- raczkować.....

- chodzić:

- mówić pierwsze słowa ?

2. Proszę zaznaczyć w jakiej formie aktualnie sprawowana jest opieka dzienna nad dzieckiem:
domowa żłobkowa przedszkolna szkolna- która klasa?

Nazwa i adres placówki:

WYWIAD RODZINNY (dotyczy rodziców, rodzeństwa, dziadków dziecka)

1. Czy któryś z członków rodziny dziecka cierpi na choroby przewlekłe, alergię, nowotworowe?
TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać kto np. mama, tata, siostra, brat, babcia, dziadek pacjenta oraz rodzaj choroby.

.....
.....

2. Czy któryś z członków rodziny pacjenta cierpi na choroby genetyczne? TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać kto oraz typ choroby.

.....
.....

Rodzeństwo pacjenta – imię i data urodzenia oraz choroby przewlekłe

.....

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Warunki mieszkaniowe pacjenta : dobre średnie złe

Czy dziecko ma kontakt ze zwierzętami, np. w domu? TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać nazwę zwierzęcia.....

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

1. Czy w ciągu ostatnich 3 tygodni dziecko miało kontakt z osobą cierpiącą na chorobę zakaźną?
TAK NIE – Jeżeli TAK, proszę podać jej nazwę.....

2. Czy w ostatnim miesiącu dziecko odbyło podróż zagraniczną? TAK / NIE

.....

.....
Podpis opiekuna prawnego/ Podpis pacjenta > 16 roku życia

.....
data