

Детский санаторий «БЕРЕЗКА»
ВОПРОСНИК ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ №1
УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ!

(для детей с
Бронх. астмой)

Убедительно просим Вас ответить на вопросы, предлагаемые ниже. Если Вы затрудняетесь самостоятельно заполнить эту анкету, проконсультируйтесь с Вашим лечащим врачом-аллергологом.

1. Ф., и. ребенка _____
2. От какой по счету беременности родился ребенок _____. Исход предыдущих: аборт, выкидыш, мертворождение, живые дети _____. Указать заболевания старших детей: здоровы, бронхиальная астма, респираторный аллергоз, пищевая аллергия, лекарственная аллергия, поллиноз (подчеркнуть или дополнить) _____
3. Как протекала беременность: без осложнений, токсикозы, заболевания, прием медикаментов, профвредности, нарушение диеты (подчеркнуть или дополнить) _____
4. Роды _____: срочные, преждевременные, неосложненные, осложненные (указать осложнения в родах) _____
Вес при рождении _____ Рост _____ Особенности периода новорожденности _____
5. Длительность грудного вскармливания _____. Отмечалось ли расстройство пищеварения на первом году жизни (срыгивания, неустойчивый стул, запоры) _____
6. Состояние кожи на 1-м году жизни: упорные опрелости, аллергическая сыпь, экзема, сухость кожи, покраснение щек (подчеркнуть или дополнить) _____
Указать, с какого возраста и после введения каких продуктов или медикаментов _____
7. Перенесенные заболевания до года _____
8. Какие медикаменты плохо переносит? В чем это проявляется? _____
9. Какие пищевые продукты плохо переносит? В чем это проявляется? _____
10. Какие детские инфекции перенес ребенок (подчеркнуть и указать возраст): эпид. паротит _____
скарлатина _____ дифтерия _____ коклюш _____ ветряная оспа _____ краснуха _____
дизентерия _____ Гепатит _____ Прочие _____
11. В каком возрасте впервые у ребенка был обструктивный бронхит? _____
12. В каком возрасте у ребенка впервые был зарегистрирован типичный приступ бронхиальной астмы?
С чем он был связан? _____
13. Что вызывает обострение бронхиальной астмы или другого аллергического заболевания у Вашего ребенка? Инфекционное заболевание (ОРВИ, бронхит, пневмония), охлаждение, перемена места жительства, применение лекарства (какого?) _____ Пребывание в запыленном помещении, контакт с домашними животными (какими?) _____, посещение цирка, зоопарка, прием лекарства (какого?) _____, прием пищевых продуктов (каких?) _____, погодные условия – дождь, ветер, холод, жара, резкие запахи (какие?) _____ (нужное подчеркнуть, дополнить, если есть причины, не указанные выше, изложить их) _____
- Бывают ли у ребенка приступы удушья или одышка после физических нагрузок _____ (да, нет), эмоциональных переживаний, волнений (да, нет)?
Где чаще возникают обострения заболевания? Дома, на улице, в деревне, в городе, в дет. учреждении, в поле, в лесу (подчеркнуть или дополнить) _____
Когда чаще возникают обострения? Утром, днем, вечером, ночью, весной, летом, осенью, зимой (подчеркнуть или дополнить) _____
14. В чем выражается обострение? Кашель, затрудненное дыхание, удушье, одышка, чихание, заложенность носа (подчеркнуть или дополнить) _____

15. Если Вы отмечаете у своего ребенка затруднение носового дыхания, постоянный насморк, то укажите, с какого возраста _____, время года, когда он наиболее выражен _____

16. Какие медикаменты и процедуры снимают обострения (приступы Б. А.) _____

Если Ваш ребенок использует для снятия приступа Б. А. ингаляторы (беротек, сальбутамол, вентолин _____), то указать, с какого возраста ребенок стал пользоваться ингалятором _____

На сколько дней, недель, месяцев хватает одной упаковки ингалятора _____

17. Частота обострений основного заболевания (приступов) за последний год _____ их продолжительность _____

18. Были ли у ребенка приступы, потребовавшие вызов скорой помощи (когда) _____ за последний год _____? Госпитализации плановые (на обследование), в связи с обострением по экстренным показаниям (подчеркнуть) за последний год (указать больницу и дату госпитализации) _____

19. Получал ли Ваш ребенок гормоны? В таблетках, путем инъекций, через ингаляторы (подчеркнуть). Если да, то укажите: в каком возрасте, какое лекарство и продолжительность курса лечения _____

20. Получал ли Ваш ребенок ингал, тайлед, задитен, Кетотифен (да, нет) (подчеркнуть). Если да, то когда и указать продолжительность курса лечения, эффект лечения _____

21. С какого возраста Ваш ребенок находится на учете у аллерголога? _____

22. Оформлена ли инвалидность Вашему ребенку (да, нет)? Указать дату оформления _____ № удостоверения _____

23. Посещали ли Вы занятия в «Астма школе»? _____

24. Есть ли дома у Вас пикфлоуметр (да, нет)? Ведете ли Вы дома график пикфлоуметрии (да, нет)? _____

25. Проводилось ли ребенку аллергообследование (да, нет)? Если да, то указать где: в поликлинике, в больнице (какой?) _____ аллергоцентре _____ . Когда проводилось _____

Результат обследования _____

26. Проводилась ли ребенку специфическая гипосенсибилизация? Когда? Какими аллергенами? Сколько курсов? _____

27. В каких санаториях и когда лечился Ваш ребенок? _____

28. Укажите заболевания других органов и систем Вашего ребенка _____

29. Перенесенные ранее травмы, операции _____

30. Жилищно-бытовые условия (нужное подчеркнуть): дом – каменный, деревянный, новый, старый. Квартира (комната) – сухая, сырая, теплая, холодная. Есть ли в квартире (комнате) ковры, старая мягкая мебель, цветы, птицы, аквариум, кошка, собака, другие домашние животные (какие) _____

Постель ребенка. Подушка – перовая, ватная, поролоновая. Матрац – волосяной, ватный, перина. Одеяло – шерстяное, ватное.

31. Имеются ли у родственников следующие заболевания:

По линии матери: бронхиальная астма, заложенность носа, экзема, крапивница, отек Квинке, пищевая аллергия, лекарственная аллергия _____

По линии отца: бронхиальная астма, заложенность носа, экзема, крапивница, отек Квинке, пищевая аллергия, лекарственная аллергия _____

32. Какие надежды Вы возлагаете на санаторное лечение? _____

БЛАГОДАРИМ ЗА ОТВЕТ!