

# АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Дата заполнения «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(заполняется представителем ребенка)

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Число/месяц/год рождения \_\_\_\_\_

Тел.дом. \_\_\_\_\_ раб. \_\_\_\_\_ сот. \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

(Первый пункт для детей до 1 года)

## 1. Акушерско-гинекологический анамнез:

- беременность протекала : без патологических особенностей:  Нет  Да

- с патологическими особенностями: гестоз, многоводие, маловодие, узкий таз. анемия, хронич. заболевания, другое \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть)

- роды протекали: без патологических особенностей : Нет  Да

с патологическими особенностями: кесарево, обвитие пуповиной, хроническая гипоксия плода, о. асфиксия, с реанимационными мероприятиями, другое \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть)

- ребенок находится(лся) на естественном вскармливании: Да  (до какого срока: \_\_\_\_\_) Нет

2. Наблюдается у невролога: Нет  , Да  -с диагнозом : синдром внутречерепной гипертензии; синдром срыгивания; синдром двигательных нарушений ( пирамидная недостаточность, синдром мышечной дистонии), другое \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть)

3. Наблюдается у хирурга: Нет  , Да  -с диагнозом: дисплазия тазобедренных суставов, пупочная грыжа, гемангиома, другое \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть)

4. Наблюдается у окулиста: Нет  Да  -указать

диагноз: \_\_\_\_\_

5. Имеются ли у ребенка врожденные пороки развития: Нет  , Да  - какие: \_\_\_\_\_

6. Находится ли в настоящее время Ваш ребенок под наблюдением врача (узкого специалиста): Нет  , Да

7. Есть ли (или были) у Вашего ребенка инфекционные заболевания: Нет  , Да  какие: ветряная оспа, скарлатина, краснуха, эпидермический паротит, острая кишечная инфекция, прочие инфекционные заболевания \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть)

## 8. Имеет ли Ваш ребенок(или имел) ниже перечисленные заболевания:

- диабет : Нет  , Да

-заболевание крови: Нет  , Да  ,то какие: \_\_\_\_\_

-заболевания печени-гепатит(желтуха), почек: Нет  , Да  ,то какие: \_\_\_\_\_

-приступы потери сознания(обмороки), судороги: Нет  , Да

-бронхиальная астма: Нет  , Да

-желудочно-кишечный заболевания: Нет  , Да  ,то какие: \_\_\_\_\_

-аллергия : Нет  , Да

-заболевания щитовидной железы: Нет  , Да  ,то какие: \_\_\_\_\_

9. Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-нибудь медикаменты: Нет  , Да  ,то какие: \_\_\_\_\_

10. Укажите какие медикаменты Ваш ребенок не переносит: антибиотика, анестетики, препараты йода и прочие \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть)

11. Проводились ли в последнее время Вашему ребенку хирургические операции: Нет  , Да  ,то какие: \_\_\_\_\_

12. Проводились ли в последнее время Вашему ребенку : Рентгенодиагностика- Нет  , Да

-Переливание крови(или кровезаменителей): Нет  , Да

13. Как часто болеет Ваш ребенок ОРЗ в течении года: до 2 раз в год  .от 2 до 5 раз в год  , более 5 раз в год

Подпись представителя (доверенного лица) ребенка \_\_\_\_\_