

Dotazník  
číslo:

NT_5						
------	--	--	--	--	--	--

Světová zdravotnická organizace, Kodaň, Dánsko  
Ústav zdraví dítěte při Univerzitě v Bristolu, Velká Británie  
Výzkumné pracoviště preventivní a sociální pediatrie,  
Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno, Česká republika

organizují a provádějí

v ý z k u m

**EVROPSKÁ LONGITUDINÁLNÍ STUDIE RODIČOVSTVÍ A DĚTSTVÍ  
(ELSPAC)**



# **Váš dospělý syn/ Vaše dospělá dcera a jeho/její zdraví (Dotazník NT\_5)**

Vážená paní/Vážený pane,  
tento dotazník je určen osobě, která se nejvíce stará o Vašeho syna/Vaši dceru. Předpokládáme, že nejčastěji touto osobou bude jeho/jeji matka nebo otec. Může to však být i jiná dospělá osoba, která sdílí s Vaším synem/Vaší dcerou společnou domácnost a jeho/ji dobře zná.

Dotazník je rozčleněn do několika částí, ve kterých najdete otázky o zdravotních potížích a nemocech syna/dcery, úrazech a nehodách, způsobech léčení aj.

## Dotazníky projektu ELSPAC

- Koncem XX. století dospěli lékaři ke smutnému zjištění: zdravotní stav dětské populace v Evropě se všeobecně zhoršuje. Dochází k nárůstu chronických a alergických chorob, zvyšuje se náchylnost k infekčním chorobám, vzrůstá počet dětí s nějakým druhem postižení. Příčiny této situace nemohou být pouze biologické. Pravděpodobně spočívají v životním stylu evropské populace, v působení psychických stresů, v kvalitě rodinného a životního prostředí současných dětí a dospělých. Neznáme však **přesně míru rizik jednotlivých škodlivých faktorů, ani význam různých kombinací těchto faktorů pro zdravotní stav dětí a dospělých**. Základním cílem Evropské dlouhodobé studie rodičovství a dětství je proto určit, jaký vliv mají faktory biologické, sociální, psychosociální a faktory prostředí na zdraví dětí a dospělých.
- ELSPAC je mezinárodní zdravotnická studie, která vznikla z podnětu Světové zdravotnické organizace (WHO) a probíhá v sedmi zemích Evropy. V České republice bylo do projektu zahrnuto více než 7000 dětí narozených v letech 1991 a 1992 a jejich rodičů. Tyto rodiny sledujeme již od těhotenství matky. Naším záměrem je pokračovat ve výzkumném sledování těchto dětí alespoň do 19 let jejich věku.

### Důsledky pro dotazování

- Charakter studie však ovlivňuje dotazování. Snaha o velmi podrobné a mnohostranné poznání rizikových faktorů zdraví dětí a mladistvých vede k nárůstu objemu dotazníků.
- Nutnost uvádět většinu výzkumných otázek současně ve všech zúčastněných zemích způsobuje, že některé dotazy se Vám mohou zdát neobvyklé.

**Žádná data či informace, která nám vyplněním tohoto dotazníku sdělíte, nejsou poskytována žádné třetí osobě.**

**Není-li uvedeno jinak, zaznamenávejte, prosím, do tohoto dotazníku údaje od 18 do 19 let !  
Pokud nevíte odpověď, napište „nevím“.**

## SEKCE A : ZDRAVOTNÍ STAV VAŠEHO SYNA/DCERY

A 1. Jak byste hodnotil/a zdraví svého syna/dcery od jeho/jejích 18 let?

Je naprosto zdravý/á, bez problémů	Zdravý/á s několika menšími problémy	Někdy je dost nemocný/á	Skoro stále je nemocný/á	Je chronicky nemocný/á
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

Pokud jste označil/a číslo 1, přejděte k otázce A 3

A 2. Jestliže jste odpověděl/a označením čísla 2, 3, 4 nebo 5, uveďte **diagnózu nemoci**, případně o jaké problémy se jedná:.....  
.....

A 3. Byl/a syn/dcera v posledním roce sledován/a (léčen/a) u nějakého **odborného lékaře**?

Ano	Ne
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

**Pokud NE**, přejděte k otázce A 4.

**Pokud ANO**,

uveďte, prosím, **specializace odborného lékaře**

.....  
.....

A 4. Měl/a syn/dcera **od 18 let věku** některou z následujících **infekčních**  **cí** ?

	Ano	Ne
a. Černý kašel	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
b. Infekční mononukleózu	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
c. Infekční zánět jater (žloutenku)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
i. <b>Pokud ANO</b> , uveďte typ (A, B, C).....		
d. Zánět mozkových blan	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
e. Opakované opary (herpes)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
f. Oční infekci	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
g. Ušní infekci	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
h. Spálu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Angínu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Borreliózu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Infekci pohlavního ústrojí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Infekci kůže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Infekční průjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Plísňovou infekci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Roupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Svrab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Vši	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Jiná parazitární nemoc (toxoplazmóza, škrkavky, tasemnice,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,**

i. Uveďte ji, prosím:.....  
.....

s. Jinou infekci	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,**

i. Uveďte ji, prosím:.....

<b>A 5. Je Váš/Vaše syn/dcera <b>alergik</b> ?</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud NE, přejděte k otázce A 6**

**Pokud ANO, změnil se nějak jeho/její stav za poslední rok ?**

Ano	<input type="checkbox"/>	Ne	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----	--------------------------

**Pokud ANO, uveďte jak: .....**

A 6. Další poznámky k alergii syna/dcery:.....  
.....  
.....

A 7. Byl Váš syn/Vaše dcera **od svých 18 let** přijat/a do nemocnice ?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud NE**, přejděte k otázce **A 9**.

**Pokud ANO**, uveďte:

i. Kolikrát:..... krát

A 8. Uveďte, prosím, tyto informace o příjmu do nemocnice:

	i. první hospitalizace	ii. druhá hospitalizace	iii. třetí hospitalizace
a. Věk mladistvé/ho: .....	.....	.....	.....
b. Důvody přijetí: 1.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....
c. Počet dnů strávených v nemocnici: .....	.....	.....	.....

A 9. Byl Váš syn/dcera **od svých 18 let** v **lázních** nebo v jiném léčebném zařízení?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud NE**, přejděte k otázce **A 10**.

**Pokud ANO**,

a. **Kolikrát**:.....

b. Uveďte **pro každý pobyt**:

i. Věk	ii. Důvod	iii. Zařízení a místo pobytu	iv. Počet dnů
1.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....
4.....	.....	.....	.....

**A 10.** Prodělal/a syn/dcera **od svých 18 let** nějakou operaci?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud NE**, přejděte k otázce **A 14**.

**Pokud ANO**, uveďte, jakou:

- i.....
- ii.....
- iii.....

**A 11.** Měl/a Váš syn/Vaše dcera nějaké **zánětlivé komplikace** po operaci ?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud ANO**,

i. Bral/a antibiotika ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

ii. Prodloužila se tím doba hospitalizace ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

**A 12.** Měl/a Váš syn/Vaše dcera **jiné komplikace** po operaci ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

**Pokud ANO**,

uveďte je: i.....

**A 13.** Zůstaly po operaci nějaké **následky** (kromě jizev) ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

**Pokud ANO**,

uveďte je: i.....

**A 14.** V tomto věkovém období se do jisté míry změnila skladba užívaných léků. Sdělte nám, prosím, které následující léky a jak často syn/dcera bral/a v **minulých 12 měsících**. Uveďte název léčiva, pokud ho znáte:

	Nikdy	V průběhu 1 - 2 onemocnění	V průběhu 3 a více onemocnění	Pravidelně	Název léku
a. Léky proti kašli	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i..... ii.....
b. Antibiotika	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....iii..... ii.....iv.....
c. Léky proti bolesti	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....iii..... ii.....iv.....
d. Vitamíny	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....iii..... ii.....iv.....
e. Léky proti horečce	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i..... ii.....
f. Léky na snížení hmotnosti	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
g. Kožní léky	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i..... ii.....
h. Oční léky	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
i. Léky proti průjmům	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
j. Anabolika	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
k. Léky k posílení imunity	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
l. Přípravky na akné	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i..... ii.....
m. Léky na chudokrevnost (železo,...)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i..... ii.....

	Nikdy	V průběhu 1 - 2 onemocnění	V průběhu 3 a více onemocnění	Pravidelně	Název léku
n. Projímadla	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
o. Homeopatika	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
p. Přípravky z léčivých rostlin	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
q. Hormonální léky (kromě antikoncepce a anabolik)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
r. Léky na uklidnění	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
s. Léky na duševní nemoci	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i..... ii.....
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>			
t. Něco jiného	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>			

**Pokud ANO,** uveďte název léčiva a jak často ho syn/dcera užívá:

Název léčiva	V průběhu 1 - 2 onemocnění	V průběhu 3 a více onemocnění	Pravidelně
1.....i	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2.....i	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3.....i	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4.....i	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5.....i	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>



**A 15. Kolikrát za posledních 12 měsíců:**

(Napište 00, pokud nikdy).

- a. Viděl/a praktický/á lékař/ka syna/dceru v ordinaci, protože byl/a nemocný/á? .....krát  
b. Byl/a praktický/á lékař/ka u Vás doma, protože syn/dcera onemocněl/a? .....krát  
c. Byl/a mladistvý/á vyšetřen/a v nějaké odborné ambulanci (kožní, alergologické,.)?.....krát  
d. Jste syna/dceru nechal/a pro nemoc nebo zdravotní potíže doma, .....krát  
aniž jste navštívili lékaře?

**A 16. Kolik dní v posledních 12 měsících byl/a mladistvý/á nemocen/na?**

<input type="text" value="1"/>	00 - 14 dní	<input type="text" value="4"/>	více než 60 dní
<input type="text" value="2"/>	15 - 30 dní	<input type="text" value="5"/>	více než 90 dní
<input type="text" value="3"/>	více než 30 dní	<input type="text" value="6"/>	více než 120 dní

**A 17. Podstoupil/a syn/dcera od 18 let nějakou alternativní metodu léčby (např. u léčitele nebo homeopatii, aromaterapii apod.)?**

Ano	Ne
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

**Pokud NE,** přejděte k otázce **A 18.**

**Pokud ANO,** popište, prosím:

- i. Metodu:.....  
ii. Nemoc syna/dcery: .....  
iii. Váš názor na výsledek léčby: .....  
iv. Kolikrát syn/dcera alternativní léčbu podstoupil/a?.....krát

**A 18. Byl/a Váš syn/Vaše dcera od svých osmnácti let očkován/a proti nějaké přenosné nemoci ?**

	Ano	Ne	
i. Virový zánět jater typu A	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	
ii. Klíšťový zánět mozku	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	
iii. Meningokok	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	
iv. Chřipka	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	
v. Rakovina děložního čípku	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="7"/>
vi. Jiné očkování	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	

**Pokud ANO,**

- uved'te: i.....  
ii.....  
iii.....

V dalších otázkách se spolu zaměříme na období mezi **osmnáctým a devatenáctým** rokem v souvislosti s **reprodukčním zdravím** Vašeho syna/Vaší dcery. Z biologického hlediska jde o období dokončování tělesného vývoje a dozrávání organismu. U hochů se v tomto období ukončuje růst do výšky, zvětšuje se svalová a kostní hmota a zvyšuje se svalová síla. U obou pohlaví dozrávají reprodukční orgány. Dřívější fyziologické rozdíly ve stupni tělesného vývoje mezi adolescenty mužského pohlaví se srovnávají. Prosim o přesné a pečlivé odpovědi na otázky, jen tak nám poskytnou cenné údaje o populaci našich adolescentů.

**A 19.** Sledovaný adolescent je:

<b>dívka</b>	<b>hoch</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A 20.** Uved'te, prosím, následující údaje, pokud možno z období kolem **devatenáctých** narozenin mladistvé/ho:

- a. Váha .....kg  
b. Výška .....cm  
c. Velikost bot (34-49) .....

**Následující otázky vyplňují pouze rodiče dívek. Rodiče chlapců přejdou k otázce A 26.**

**A 21.** Byla již Vaše dcera na gynekologické prohlídce?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,**

v kolika letech poprvé: i.....let

**A 22.** Má Vaše dcera menstruaci (měsíčky)?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,** přejděte k otázce **A 36.**

**Pokud NE,** uved'te zjištěnou příčinu: i.....  
.....

**A 23.** Uved'te, prosím,

a. zda má menses v devatenácti letech **nepravidelné**:

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,** uved'te zjištěnou příčinu: i.....

b. zda má menses v devatenácti letech **bolestivé**:

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,**

i. bere dcera léky proti menstruační bolesti ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

c. zda má dcera případně **jinou** léčenou **poruchu menstruačního cyklu** (nadměrně silné krvácení, příliš častá menstruace, vynechání menstruace,.....)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

**Pokud ANO,** uveďte ji, prosím:

i.....

**A 24.** Trpěla Vaše dcera na **gynekologické záněty** (záněty rodidel, výtok, zánět vejcovodů,...) ?

Ano	Ne
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Pokud NE,** přejděte k otázce **A 25.**

**Pokud ANO,**

a. Uveďte, zda se **zopakovaly** v posledních **12 měsících**:

Ano	Ne
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

b. Uveďte, jaká je podle Vás **příčina** opakovaných zánětů pohlavního ústrojí Vaší dcery:.....

.....

**A 25.** Měla již dcera **pohlavní styk**?

Ano	Ne	Nevím
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Pokud NE,** přejděte k otázkám v **sekci B.**

**Pokud ANO,** uveďte, prosím:

a. Má stálého partnera?

Ano	Ne	Nevím
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

b. S kolika partnery již měla pohlavní styk? Pokud nevíte, napište 99:.....

c. Chrání se při pohlavním styku?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------

**Pokud ANO,** jakým způsobem: i.....

ii.....

d. Prodělala nějakou přenosnou **pohlavní chorobu**?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------

**Pokud ANO,** uveďte, prosím,

i. Jakou:.....

ii. Má nějaké následky po této infekci?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------

**Pokud ANO,** uveďte je, prosím: 1.....

2.....

e. Byla/je dcera **gravidní**?

Ano	Ne	Nevím
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,** uveďte, prosím, jak jste graviditu dcery řešili: i.....

.....

**Následující otázky vyplňují rodiče chlapců.  
Rodiče dívek přejdou k sekci B.**

**A 26.** Kolik centimetrů **vyrostl syn** v období od **18 let** do **19 let věku**? Pokud už nerostl, napište 00:.....cm

**A 27.** Prodělal Váš syn v posledním roce zánět varlete a (nebo) nadvarlete?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

**A 28.** Měl již syn **pohlavní styk**?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Nevím</b>
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

**Pokud NE, přejděte k sekci B.**

**Pokud ANO, uveďte, prosím:**

<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

a. Má stálou partnerku?

b. S kolika partnerkami měl pohlavní styk? Pokud nevíte, napište 99:.....

c. Používá ochranu při pohlavním styku?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Nevím</b>
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

d. Prodělal nějakou **pohlavně přenosnou chorobu**?

<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

**Pokud ANO, uveďte, prosím:**

i. Jakou:.....

ii. Má nějaké následky po této infekci?

<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

**Pokud ANO, uveďte je, prosím:** 1.....  
2.....

## S E K C E B : NEHODY A ÚRAZY

V této sekci se zaměříme na **úrazy** syna/dcery v období **mezi 18. a 19. rokem života**. V tomto období hoši/dívky ještě fyzicky a hlavně psychicky dozrávají. Mají tendenci testovat meze svého organismu, svých schopností, riskují, mívají v oblibě „adrenalinové“ zábavy. U některých z nich může být rizikové chování ovlivněno požitím návykové látky.

**B 1.** Měl/a syn/dcera v tomto období nějaký úraz **ve škole** ?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid red;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid red;" type="checkbox"/>

**Pokud NE**, přejděte k otázce **B 2**.

**Pokud ANO**,

- a. Uveďte, kdo (co) byl/o příčinou úrazu:.....
- b. Uveďte stručně děj úrazu:.....  
.....
- c. Uveďte, k jakému zranění došlo: i.....  
ii.....  
iii.....
- d. Uveďte, kdo s ním/ní byl v době úrazu:.....
- e. Uveďte, jaké ošetření mu/jí bylo poskytnuto touto osobou:.....  
.....

f. Bylo nutné ošetření u lékaře?  **Ano**  **Ne**

**Pokud ANO**,  
i. Kolik dní trvalo léčení?.....dní

ii. Byl/a syn/dcera hospitalizován/a?

<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid red;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid red;" type="checkbox"/>
--	--

g. Zůstaly po úrazu nějaké následky?  **Ano**  **Ne**

**Pokud ANO**,  
Uveďte, jaké: i.....  
ii.....

**B 2.** Měl/a syn/dcera nějaký úraz **doma**?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid red;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid red;" type="checkbox"/>

**Pokud NE**, přejděte k otázce **B 3**.

**Pokud ANO**,

- a. Uveďte, kdo (co) bylo příčinou úrazu:.....
- b. Uveďte stručně děj úrazu: .....  
.....

c. Uved'te, k jakému zranění došlo: i.....  
ii.....  
iii.....

d. Uved'te, kdo s ním/ní byl v době úrazu:.....

e. Uved'te, jaké ošetření mu/jí bylo touto osobou poskytnuto:.....  
.....

f. Bylo nutné ošetření u lékaře? 

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,**

i. Kolik dní trvalo léčení?.....dní

ii. Byl/a hospitalizován/a?

g. Zůstaly mu/jí po úrazu nějaké následky?

**Pokud ANO,**

Uved'te, jaké:

i.....

ii.....

**B 3.** Měl/a syn/dcera nějaký úraz **při sportu** (mimo tělesnou výchovu ve škole), **hrách, rekreaci?**

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Pokud NE,** přejděte k otázce **B 4.**

**Pokud ANO,**

a. Uved'te, kdo (co) byl/o příčinou úrazu:.....

b. Uved'te stručně děj úrazu:.....  
.....

c. Uved'te, k jakému zranění došlo: i.....

ii.....

iii.....

d. Uved'te, kdo byl s ním/ní v době úrazu:.....

e. Uved'te, jaké ošetření mu/jí bylo touto osobou poskytnuto:.....  
.....

f. Bylo nutné ošetření u lékaře? 

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,**

i. Kolik dní trvalo léčení?.....dní

ii. Byl/a hospitalizován/a?

g. Zůstaly mu/jí po úrazu nějaké následky?

**Pokud ANO,**

Uved'te, jaké: i.....

ii.....

**B 4.** Měl/a syn/dcera nějaký úraz při pobytu venku s kamarády?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Pokud NE,** přejděte k otázce **B 5.**

**Pokud ANO,**

a. Uveďte, čemu se v době úrazu věnovali:.....  
.....

b. Uveďte, kdo (co) byl/o příčinou úrazu:.....  
.....

c. Uveďte stručně děj úrazu:.....  
.....

d. Uveďte, k jakému zranění došlo: i.....  
ii.....  
iii.....

e. Uveďte, jaká první pomoc byla synovi/dceři poskytnuta:.....  
.....

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
f. Bylo nutné ošetření u lékaře?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,**

i. Kolik dní trvalo léčení?.....dní

ii. Byl/a syn/dcera hospitalizován/a?  1  2

g. Zůstaly mu/jí po úrazu nějaké následky?  1  2

**Pokud ANO,**

Uveďte, jaké: i.....  
ii.....

**B 5.** Došlo k tonutí syna/dcery?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Pokud NE,** přejděte k otázce **B 6.**

**Pokud ANO,**

a. Uveďte, kdo (co) byl/o příčinou tonutí:.....

b. Popište, prosím, děj úrazu:.....  
.....

c. Uveďte, k jakému zranění ještě došlo:.....  
.....

d. Uveďte, kdo s ním/ní byl v době tonutí:.....

e. Uveďte, jaké ošetření mu/jí bylo touto osobou poskytnuto:.....  
.....

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
f. Bylo nutné ošetření lékařem?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,**

- i. Kolik dní trvalo léčení? .....dní  
ii. Byl/a hospitalizován/a?

1	2
1	2

- g. Zůstaly mu/jí nějaké následky?

**Pokud ANO,**

- Uved'te, jaké: i.....  
ii.....

**B 6.** Měl/a syn/dcera nějaký **dopravní úraz**?

**Pokud NE,** přejděte k otázce **B 7.**

**Pokud ANO,**

- a. Uved'te, kdo (co) byl/o příčinou úrazu:.....

- b. Uved'te děj úrazu:.....  
.....

- c. Uved'te, k jakému zranění došlo: i.....  
ii.....  
iii.....

- d. Uved'te, kdo byl se synem/dcerou v době úrazu:.....

- e. Uved'te, jaké ošetření mu/jí bylo touto osobou poskytnuto:.....  
.....

- f. Bylo nutné ošetření u lékaře?

**Pokud ANO,**

- i. Kolik dní trvalo léčení?.....dní  
ii. Byl/a syn/dcera hospitalizován/a?

<b>Ano</b>		<b>Ne</b>	
1		2	

1	2
1	2

- g. Zůstaly mu/jí po úrazu nějaké následky?

**Pokud ANO,**

- Uved'te, jaké: i.....  
ii.....

**B 7.** Byl/a (je) syn/dcera vystaven/a nějaké **agresi** (např. napadení, týrání, šikaně, zneužití,...)?

**Pokud NE,** přejděte k otázce **B 8.**

**Pokud ANO,**

- a. Uved'te, kdo agresi způsobil (působí): .....

- b. Popište, prosím, děj agresivního chování:.....  
.....

- c. Popište, jaká újma na zdraví mu/jí byla způsobena:

- i.....  
ii.....  
iii.....

<b>Ano</b>		<b>Ne</b>	
1		2	



- d. Bylo nutné ošetření lékařem? **Ano** **Ne**
- Pokud ANO,**  
 i. Kolik dní trvalo léčení?.....dní  
 ii. Byl/a syn/dcera hospitalizován/a?
- e. Zůstaly mu/jí nějaké následky?
- Pokud ANO,** uveďte, jaké: i.....  
 ii.....
- f. Byl (je) tento problém řešen? **Ano** **Ne**
- Pokud ANO,** uveďte:  
 i. S kým byl problém řešen:.....  
 .....  
 ii. Jakým způsobem byl řešen:.....  
 .....
- g. Jak vypadá tento problém v současné době?.....  
 .....

**B 8.** Došlo u Vašeho syna/Vaší dcery v tomto období k **otravě (předávkování léků)?**

- Ano** **Ne**
- 
- Pokud NE,** přejděte k otázce **B 9.**  
**Pokud ANO,**
- a. Uveďte látku (lék), která otravu způsobila:.....
- b. Uveďte, za jakých okolností k otravě došlo:.....  
 .....
- c. Uveďte, kde k otravě došlo:.....
- d. Uveďte příznaky otravy: i.....  
 ii.....  
 iii.....
- e. Uveďte, kdo s ním/ní byl v době, kdy k otravě došlo:.....
- f. Uveďte, jaká první pomoc mu/jí byla touto osobou poskytnuta:.....  
 .....
- g. Bylo nutné ošetření lékařem? **Ano** **Ne**
- Pokud ANO,**  
 i. Kolik dní trvalo léčení?.....dní  
 ii. Byl/a syn/dcera hospitalizován/a?
- h. Zůstaly po otravě nějaké následky?

**Pokud ANO,**

Uveďte, jaké: i.....  
ii.....

**B 9.** Způsobil/a si (nebo se o to pokusil/a) syn/dcera újmu na zdraví **sebepoškozováním** nebo **sebevražedným** jednáním?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud NE,** přejděte k otázce **B 10.**

**Pokud ANO,** uveďte:

- a. Co ho/ji k tomu motivovalo?.....  
.....
- b. Popište, prosím, děj autoagresivního chování:.....  
.....
- c. Uveďte, k jakému zranění (poškození organismu) došlo: i.....  
ii.....  
iii.....
- d. Uveďte, kdo dceru/syna objevil:.....
- e. Uveďte, jaké ošetření mu/jí bylo touto osobou poskytnuto:.....  
.....

- |                                       | Ano                      | Ne                       |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| f. Bylo nutné ošetření lékařem?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Kolik dní trvalo léčení?.....dní   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. Byl/a syn/dcera hospitalizován/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zůstaly mu/jí nějaké následky?

**Pokud ANO,**

Uveďte, jaké: i.....  
ii.....

h. Uveďte, jak jste tento problém řešili:.....  
.....

- |   | Ano                      | Ne                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| i. Svěřili jste se do péče nějakého odborníka (psychiatra, psychologa,...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Pokud ANO,**

Uveďte, jakého: 1.....  
2.....

**B 10.** Měl/a Váš syn/Vaše dcera některý druh výše uváděných úrazů **opakovaně** (např. úrazů ve škole, při sportu,...)?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pokud NE,** přejděte k otázce **B 11.**

**Pokud ANO,**

- a. Uveďte, který:.....
- b. Uveďte, kdo (co) úraz zavinil(o):.....

c. Uveďte děj úrazu:.....  
.....

d. Uveďte, k jakému zranění došlo: i.....  
ii.....  
iii.....

e. Uveďte, kdo byl se synem/dcerou v době úrazu:.....

f. Uveďte, jaké ošetření mu/jí bylo touto osobou poskytnuto:.....  
.....

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
g. Bylo nutné ošetření lékařem?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>Pokud <u>ANO</u>,</b>		
i. Kolik dní trvalo léčení?.....dní	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
ii. Byl/a syn/dcera hospitalizován/a?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
h. Zůstaly mu/jí po úrazu nějaké následky?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>Pokud <u>ANO</u>,</b>		
Uveďte, jaké: i.....		
ii.....		

**B 11.** Byl Váš syn/Vaše dcera při některém úrazu **pod vlivem alkoholu** nebo jiné **návykové látky**?

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Nevím</b>
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**Pokud NE,** přejděte k otázce **B 12.**

**Pokud ANO,**

Uveďte, o jakou látku šlo: i.....

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>B 12.</b> Má syn/dcera po úrazu sníženou pracovní schopnost?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

<b>B 13.</b> Je syn/dcera po úrazu invalidní ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

## SEKCE C: RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY

**C 1.** Vyskytovaly se (vyskytují se) u Vašeho syna/Vaší dcery **opakovaně** v posledním roce některé z následujících **zdravotních potíží (problémů)**? Vyjádřete se, prosím, ke všem.

	Ano, a byl/a u lékaře	Ano, ale u lékaře nebyl/a	Ne, neměl/a
a. Bolesti hlavy	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
b. Poruchy spánku	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
c. Nervozita	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
d. Změny nálad	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
e. Zapomnětlivost	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
f. Dlouhodobá rýma	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
g. Dlouhodobý kašel	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
h. Kolaps (mdloba)	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
i. Zvýšená teplota či horečka	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
j. Bolesti břicha	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
k. Zvracení	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
l. Průjem	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
m. Zácpa	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
n. Vyrážka	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
o. Úbytek hmotnosti	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
p. Bledost	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
q. Únavnost	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
r. Nadměrné pocení	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
s. Třes	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>
t. Jiné.	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	

**Pokud NE, přejděte k otázce C 2.**

**Pokud ANO,**  
uved'te je a označte, zda byl/a u lékaře:

		<b>Ano, byl/a</b>	<b>Ne, nebyl/a</b>
1.....	i.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
2.....	i.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
3.....	i.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
4.....	i.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
5.....	i.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

**C 2.** Byly tyto potíže způsobeny nějakou nemocí?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Nevím</b>
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>

**Pokud ANO,**

uved'te, jakou: i.....  
ii.....

**C 3.** Nyní se zaměříme na případné **změny chování** syna/dcery v období posledního roku.

a. Změnilo se chování Vašeho syna/Vaší dcery? Vyberte jednu variantu odpovědi.

V kladném smyslu ano	<input type="text" value="1"/>
Neliší se mnoho od vrstevníků	<input type="text" value="2"/>
Nevšiml/a jsem si	<input type="text" value="3"/>
Ano, k horšímu	<input type="text" value="4"/>

**Pokud** jste označil/a odpověď **1, 2** nebo **3**, přejděte k otázce **C 5**.

**Pokud** jste označil/a číslo **4**, pokračujte ve vyplňování otázek **C 3** a **C 4**.

b. Zhoršilo se jeho/její chování vůči Vám?  **Ano**  **Ne**

i. V jakém smyslu?.....  
.....

c. Zhoršil se jeho/její prospěch ve škole?  **Ano**  **Ne**

**Pokud ANO,**

i. Upřesněte:.....  
.....

d. Dřívější záliby opustil/a a má novou partu?  **Ano**  **Ne**

**Pokud ANO,**

i. Upřesněte:.....  
.....

e. Utrácí více peněz nebo prodává věci? **Ano** **Ne**

**Pokud ANO,**

i. Uveďte, za co peníze utrácí:.....  
.....

f. Nemohu se na něho/ni spolehnout **Ano** **Ne**

g. Jiné zhoršení chování syna/dcery **Ano** **Ne**

**Pokud ANO,**

i. Uveďte, jaké:.....  
.....

**C 4.** Napište, jakou vidíte **příčinu** zhoršeného chování Vašeho syna/Vaší dcery:.....  
.....

**C 5.** Myslíte si, že syn/dcera **kouří**? Vyberte jednu variantu odpovědi.

Ne, odsuzuje kouření	1
Ne, nezajímá ho/ji	2
Ne, jen asi vyzkoušel/a, jaké to je	3
Domnívám se, že ano	4
Zjistil/a jsem, že ano	5
Ano, je pravidelný/á kuřák/kuřačka	6
Nevím	9

**C 6.** Domníváte se, že syn/dcera pije **alkoholické** nápoje? Vyberte jednu variantu odpovědi.

Ne, odsuzuje požívání alkoholu	1
Ne, nezajímá ho/ji to	2
Ne, ale vyzkoušel/a, jaké to je	3
Domnívám se, že občas malé množství ano	4
Zjistil/a jsem, že pravidelně	5

asi 1x týdně ano	<input type="text" value="6"/>
Ano, alkohol požívá ve větším množství pravidelně	<input type="text" value="9"/>
Nevím	

**C 7.** Domníváte se, že Váš syn/Vaše dcera užívá **drogy**? Vyberte jednu variantu odpovědi.

Ne, odsuzuje požívání drog	<input type="text" value="1"/>
Ne, nezajímá ho/ji to	<input type="text" value="2"/>
Ne, ale vyzkoušel/a, jaké to je	<input type="text" value="3"/>
Domnívám se, že ano	<input type="text" value="4"/>
Zjistil/a jsem, že ano	<input type="text" value="5"/>
Ano, drogu bere pravidelně	<input type="text" value="6"/>
Nevím	<input type="text" value="9"/>

**C 8.** Domníváte se, že syn/dcera **zneužívá** nějaké **léky** (např. léky na uklidnění, na spaní, od bolesti...)? Vyberte jednu variantu odpovědi.

Ne, odsuzuje nadužívání léků	<input type="text" value="1"/>
Ne, nezajímá ho/ji to	<input type="text" value="2"/>
Ne, lék tohoto druhu užije zcela výjimečně	<input type="text" value="3"/>
Domnívám se, že ano	<input type="text" value="4"/>
Zjistil/a jsem, že ano	<input type="text" value="5"/>
Ano, léky tohoto druhu bere pravidelně/často	<input type="text" value="6"/>
Nevím	<input type="text" value="9"/>

**Pokud NE nebo NEVÍM, přejděte, prosím, k otázce C 11.**

**Pokud ANO**, tedy pokud jste některou z otázek **C 5, C 6, C 7** nebo **C 8** zodpověděla označením varianty **4, 5** nebo **6**, pokračujte, prosím, ve vyplňování:

**C 9.** Uveďte konkrétně, o **jakou drogu (lék)** jde, pokud je jich více, uveďte všechny, prosím:

i.....  
 ii.....  
 iii.....  
 iv.....

C 10. Obrátili jste se při řešení problému na nějakého odborníka?

Označte jednu variantu odpovědi:

1 - Ne, nemyslím, že jde o problém

1

2 - Ne, zatím řešíme problém sami.

2

3 - Ne, nevíme, na koho se obrátit.

3

4 - Ne, ale chystáme se k tomu.

4

5 - Ne, řešíme problém jiným způsobem.

5

6 - Ano, problém řešíme spolu s odborníkem.

6

Doplňte, prosím, Vaši odpověď: i.....

ii.....

iii.....

C 11 a. Měl Váš syn/Vaše dcera v posledním roce potíže s chováním (např. se záškoláctvím, pozdními návraty domů, agresivitou, podvody, krádežemi, mravnostními delikty...)?

Ano

Ne

Pokud NE, přejděte k otázce C 12.

1

2

Pokud ANO,

Popište je, prosím:

i.....

ii.....

iii.....

b. Byl/a kvůli tomu někdy vyšetřován/a odborníkem ?

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO, uveďte, kterým: i.....

c. V kterém věku se poruchy chování objevily poprvé?

Před patnáctým rokem

1

V patnácti letech

2

V šestnácti letech

3

V sedmnácti letech

4

V osmnácti letech

5

V devatenácti letech

6

d. Uveďte, prosím, možnou příčinu zhoršeného chování:.....

.....



e. Uved'te, jaká **institucionální opatření** byla provedena:

- i. ....
- ii. ....

f. Existují tyto problémy ještě **nyní**? 

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

g. Přijali jste Vy, **rodiče**, nějaká zvláštní **opatření**? 

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,**

Uved'te, jaká:

- i. ....
- ii. ....

**C 12.** Má syn/ dcera **nadváhu** nebo je **obézní**? 

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Pokud NE,** přejděte k otázce **C 13.**

**Pokud ANO,** uved'te, prosím, co je toho podle Vás příčinou. Vyjádřete se ke všem příčinám:

- a. Je to u nás dědičná záležitost. 

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- b. Jí nadměrně kalorická jídla (tučná jídla, hodně sladkostí,...). 

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- c. Přejídá se. 

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- d. Má špatné stravovací návyky. 

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- e. Má nedostatek pohybu. 

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- f. Jiná příčina. 

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Pokud jiná příčina,** uved'te ji, prosím: i. ....  
.....

**C 13.** Je Váš syn/Vaše dcera **osvobozen/a od cvičení** ve školní tělesné výchově?

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Již nestuduje</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**Pokud ANO,**

i. Uved'te příčinu:.....  
.....

ii. Je osvobozen/a: 

<b>Částečně</b>	<b>Úplně</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

C 14. Provozuje Váš syn/Vaše dcera **závodně** nějaký sport?

Ano

Ne

Pokud **ANO**,

i. Uveďte druh sportu:.....

C 15. Cvičí v nějakém **sportovním kroužku, klubu**?

Ano

Ne

Pokud **ANO**,

i.....  
ii.....

C 16. Jak dlouhou dobu průměrně **denně** věnuje syn/dcera **sportu v mimoškolním čase**?  
Označte, prosím, vhodnou variantu odpovědi.

Méně než 10 minut

10 až 19 minut

20 až 29 minut

30 až 39 minut

40 až 49 minut

50 až 59 minut

1 hodinu až 1 hodinu a 30 minut

1 hodinu a 30 minut až 2 hodiny

Více než 2 hodiny

C 17. Myslíte si, že má Váš syn/Vaše dcera ze sportu nějaké **zdravotní problémy**?

Ano

Ne

Pokud **ANO**,

i.....  
ii.....

C 18. Kolik hodin průměrně denně vykonává syn/dcera nějakou **činnost vsedě**?

a. ve škole nebo při jiné **pracovní činnosti**:

4 hodiny

5 hodin

6 hodin a více

b. u počítače, televize, videa a svých zálib:

Půl hodiny	<input type="text" value="1"/>	3 hodiny	<input type="text" value="4"/>
1 hodinu	<input type="text" value="2"/>	4 hodiny	<input type="text" value="5"/>
2 hodiny	<input type="text" value="3"/>	5 hodin a více	<input type="text" value="6"/>

**C 19. Má Váš syn/Vaše dcera vadné držení těla?**

**Pokud ANO,**

a. Stěžuje si na bolesti zad po zátěži?

b. Byl/a pro tyto potíže vyšetřeno odborníkem?

c. Podstoupil/a rehabilitační cvičení?

d. Cvičí zádové svaly alespoň 3 x týdně?

	Ano	Ne
1	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
1	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
1	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
1	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

**Pokud ANO,**

i. Uveďte, jak dlouhou dobu průměrně denně cvičí (v minutách):.....

**C 20. Má Váš syn/Vaše dcera ploché nohy?**

**Pokud ANO,**

a. Stěžuje si poslední tři roky na bolesti nohou při delším stání, chůzi?

b. Byl/a vyšetřen/a u odborného lékaře?

c. Nosí ortopedické vložky, případně ortopedickou obuv?

	Ano	Ne
1	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
1	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
1	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

**C 21. Má syn/dcera nějakou poruchu řeči?**

**Pokud ANO,**

a. Popište ji, prosím:.....  
.....

	Ano	Ne
b. Navštěvuje logopeda?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
c. Navštěvuje psychologa?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

**Pokud ANO,**

i. Od jakého věku?.....let

d. Jak byl/a (je) porucha řeči syna/dcery léčen/a?

i.....  
ii.....

e. Došlo ke zlepšení stavu? **Ano** **Ne**

f. Popište současný stav:.....  
.....

**C 22.** Má syn/dcera potíže:

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
a. S udržением <b>moči</b> ?	<input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid red; text-align: center; vertical-align: middle;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid red; text-align: center; vertical-align: middle;" type="text" value="2"/>
b. S udržением <b>stolice</b> ?	<input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid red; text-align: center; vertical-align: middle;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid red; text-align: center; vertical-align: middle;" type="text" value="2"/>

**C 23 a.** Má Váš/Vaše syn/dcera pravidelný režim spánku (chodí večer spát a budí se ráno denně ve stejnou hodinu)?

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
	<input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid red; text-align: center; vertical-align: middle;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid red; text-align: center; vertical-align: middle;" type="text" value="2"/>

**Pokud NE,**

i. Uveďte, proč:.....  
.....

b. **Kolik** hodin (průměrně) **spí**:

	V pracovních dnech	Ve dnech volna
i. v noci	1.....	2.....
ii. eventuálně ve dne	1 .....	2.....

c. **Kde** syn/dcera **spí**?

Sám/sama ve svém pokoji	<input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid red; text-align: center; vertical-align: middle;" type="text" value="1"/>
V pokoji se sourozenci	<input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid red; text-align: center; vertical-align: middle;" type="text" value="2"/>
V ložnici rodičů	<input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid red; text-align: center; vertical-align: middle;" type="text" value="3"/>
V místnosti s jinými dospělými	<input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid red; text-align: center; vertical-align: middle;" type="text" value="4"/>
Jinde	<input style="width: 40px; height: 25px; border: 1px solid red; text-align: center; vertical-align: middle;" type="text" value="5"/>

**Pokud jinde,**

i. uveďte, prosím, kde:.....

**C 24.** Trpí nějakou poruchou spánku? **Ano** **Ne**

**Pokud ANO, upřesněte:**

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
i. Má problém usnout?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
ii. V noci se budí?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
iii. Ráno je předčasně vzhůru?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
iv. Má noční děsy?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
v. Chrápe?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
vi. Je náměsíčný/á?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
vii. Má jinou poruchu spánku?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

**Pokud ANO,**

i. popište ji:.....

**C 25. Užívá nějaké léky na spaní ?**

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

**Pokud ANO,**

Uveďte, prosím:

i. Jak často (Vyberte jednu variantu odpovědi)?

Ojedinele, méně než jednou týdně	<input type="text" value="1"/>
Jednou až dvakrát týdně	<input type="text" value="2"/>
Třikrát až pětkrát týdně	<input type="text" value="3"/>
Denně	<input type="text" value="4"/>

**C 26. Vyskytují se ještě nějaké jiné zdravotní problémy, které nebyly zmíněny v sekci A, ani v předcházejících otázkách sekce C?**

<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

**Pokud ANO,**

Uveďte, prosím, tři nejzávažnější zdravotní problémy:

**a. První problém:**

i. Popište zdravotní problém, prosím:.....  
.....

ii. Kterého odborníka jste navštívili?.....

iii. Kolik bylo synovi/dceři let, když jste poprvé s tímto problémem odborníka navštívili?  
**Napište 88, pokud jste ho ještě nenavštívili**

.....let

iv. Co se zjistilo?.....

v. Jak byl/a syn/dcera léčen/a? .....

### b. Druhý problém

i. Popište zdravotní problém, prosím:.....

ii. Kterého odborného lékaře jste navštívili?.....

iii. **Kolik** bylo synovi/dceři **let**, když jste poprvé s tímto problémem odborníka navštívili?  
**Napište 88, pokud jste ho ještě nenavštívili.**

.....let

iv. Co se zjistilo?.....

v. Jak byl/a syn/dcera léčen/a? .....

### c. Třetí problém

i. Popište zdravotní problém, prosím:.....

ii. Kterého specialistu jste navštívili ?.....

iii. Kolik bylo synovi/dceři let, když jste poprvé s tímto problémem specialistu navštívili?  
**Napište 88, pokud jste ho ještě nenavštívili.**

.....let

iv. Co se zjistilo?.....

v. Jak byl/a syn/dcera léčen/a? .....

**C 27.** Navštívil/a dospělý syn/dcera **v posledním roce zubního lékaře?**

Vyberte, prosím **jednu** odpověď:

Ano a byl/a léčen/a

Ano, ale jen kvůli preventivní prohlídce

Ne, nenavštívil/a

**Pokud ANO, a byl/a léčen/a, označte, o jakou léčbu šlo:**

a. Měl/a plombované zuby? Ano      Ne  
1       2   
**Pokud ANO,**  
i. Kolik **trvalých** zubů měl/a zaplombovaných celkem? .....zuby

b. Měl/a vytržený **trvalý** zub? Ano      Ne  
1       2   
**Pokud ANO,**  
i. Kolik **trvalých** zubů měl/a vytržených celkem? .....zuby

c. Byl/a léčen/a pro úraz se ztrátou zubů? Ano      Ne  
1       2   
**Pokud ANO,**  
i. O kolik **trvalých** zubů přišel/přišla celkem? .....zuby

**C 28.** Měl/a syn/dcera **léčeny** nějaké jiné **poruchy** zubů, čelistí? Ano      Ne  
1       2   
**Pokud ANO,**  
Popište je: i.....  
                  ii.....  
                  iii.....

**C 29.** Kolik zubů má syn/dcera celkem?.....zubů

**C 30.** Nosí v **19 letech** syn/dcera **rovnátka**? Ano      Ne  
1       2

**C 31.** Měl/a syn/dcera v **posledním roce** provedeno **rentgenové vyšetření** chrupu, čelistí? Ano      Ne  
1       2   
**Pokud ANO,**  
Uveďte důvod: i.....  
                  ii.....

**C 32.** Má v **19 letech** syn/dcera nějaké **zlozvyky**? Ano      Ne  
1       2   
**Pokud ANO,**  
Uveďte, jaké: i.....  
                  ii.....

**C 33.** Byl/a Váš/Vaše syn/dcera **od svých 18 let** rentgenován/a? Ano      Ne  
1       2

**Pokud ANO,**  
a. Jaké **rtg** bylo provedeno?      b. Pro jakou diagnózu?      c. **Kolikrát?**  
i. Rtg končetin      .....      .....  
ii. Rtg hlavy      .....      .....  
iii. Rtg krku      .....      .....





## **SEKCE D : ZÁVĚR**

**D 1.** Dotazník vyplnil :

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
a. Matka dítěte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Otec dítěte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Někdo jiný	<input type="checkbox"/>	

Pokud někdo jiný, uveďte kdo: i.....

**D 2.** Datum vyplnění tohoto dotazníku:

.....

**D 3.** Chtěli byste nám sdělit ještě něco dalšího, na co jsme se v tomto dotazníku nezeptali ?

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

**D Ě K U J E M E   V Á M   Z A   V Y P L N Ě N Í !!!**

**Kodér:**

--	--

**Operátor:**

--	--

**Kód spolupráce:**


**Garance výzkumu:**

Všechny informace, které jste nám poskytli/a, jsou zcela důvěrné a budou zpracovány pouze hromadně. Nikdo nebude mít možnost žádným způsobem spojit informace obsažené v tomto dotazníku s Vaším jménem.

**Doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.**  
odpovědný řešitel projektu ELSPAC pro ČR,  
mezinárodní koordinátor projektu ELSPAC a  
vedoucí Výzkumného pracoviště preventivní  
a sociální pediatrie  
pracoviště Bieblova 16, 613 00 Brno  
Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno  
e-mail: [lubomir.kukla@tiscali.cz](mailto:lubomir.kukla@tiscali.cz)



Lékařská fakulta  
Komenského nám. 2  
662 43, Brno

Tel.: 549 491 111  
Fax: 542 213 996

Výzkumné pracoviště  
preventivní a sociální pediatrie  
Bieblova 16  
613 00, Brno

Tel.: 549493715, 549494773  
Fax: 545 214 146  
E-mail: [lubomir.kukla@tiscali.cz](mailto:lubomir.kukla@tiscali.cz)  
<http://www.med.muni.cz/elspac>