

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)**



ZDRAVOTNÍ STAV V OSMI MĚSÍCÍCH

(Vyplňuje pediatr ze zdravotních záznamů)

Jméno dítěte :

Rodné číslo:

Adresa :

.....

.....

SEKCE A :

A 1. RŮST

A 1a) Proším, vyplňte údaje o hmotnosti a délce (výšce), dostupné

ze záznamů :

Datum Hmotnost Délka (výška)

1. 199. grcm
2. 199. grcm
3. 199. grcm
4. 199. grcm
5. 199. grcm gr cm
6. 199. grcm
7. 199. grcm
8. 199. grcm
9. 199. grcm
10. 199. grcm

A 1b) Obvod hlavy :

1. měření : dne 199.cm
2. měření : dne 199.cm
3. měření : dne 199.cm

A 2. Celkový vzhled - somatotyp :

- 1 ektomorf (astenický)
- 2 mesomorf (normostenický)
- 3 endomorf (pastózní)

A 3. Výživa : + +

a) Plně kojeno doměsíce (týdne) +nehodící škrtněte

b) Kojeno a příkrmováno oddo

c) Převédeno na umělou výživu odměsíce(týdne)

d) Nemléčné přísady k mléčné výživě :

Ano 1 Ne 2

Pokud a n o,

i) Uveďte co :

.....

.....

.....

e) Jakým druhem umělé mléčné výživy (bylo) je dítě krmeno ?

.....

A 4. Očkování :

1 dosud očkováno proti :

.....

.....

2a) podle očkovacího kalendáře chybí :

.....

b) důvod :

3 vůbec neočkováno, uveďte proč :

.....

SEKCE B : POHYBOVÝ VÝVOJ

B 1a) Kolikrát byl ověřován pohybový vývoj dítěte ? krát

b) Byly pozorovány nějaké abnormality ?

1 ano, jasná abnormalita

2 ano, pravděpodobná abnormalita

3 ne

9 není známo (NZ)

Pokud ano,

i) Co bylo podniknuto ?

1 odesláno ke specialistovi

2 čekalo se a sledoval se vývoj

3 nepokládalo se to za důležité

4 rehabilitace

ii) O jaký druh abnormality se jednalo ?

Prosím, popište :

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

B 2a) Byly u dítěte vyšetřeny kyčle ?

1 ano

2 ne

9 NZ

Pokud ano,

b) Bylo to vyšetření :

1 ultrazvukem

2 rtg

9 NZ

c) Jaký byl výsledek vyšetření ?

d) Co bylo doporučeno ?

SEKCE C : SLUCH

C 1a) Kolikrát byl dítěti vyšetřován sluch ? krát

C 1b) Byly pozorovány nějaké abnormality/ ztráta sluchu ?

1 ano, jasná abnormalita/ ztráta sluchu

2 ano, pravděpodobná abnormalita

3 ne

9 NZ

i) Jestliže a n o, popište abnormalitu:.....

.....

.....

SEKCE D : ZRAK

D 1a) Kolikrát byl dítěti vyšetřován zrak ? krát

b) Byly pozorovány nějaké abnormality ?

1 ano, jasná abnormalita

2 ano, pravděpodobná abnormalita

3 ne

9 NZ

i) Jestliže a n o, popište abnormalitu :.....

.....

.....

SEKCE E:

E 1. Mělo dítě něco z následujícího ?

Ano Ne

- a) Gastroenteritis 1 2
- b) Infekci dolních cest dýchacích 1 2
- c) Infekci horních cest dýchacích 1 2
- d) Otitis media 1 2

Ano Ne

- e) Celkové tělesné neprospívání 1 2
- f) Poranění - úraz 1 2
- g) Možné týrání dítěte 1 2
- h) Potíže s krmením 1 2
- i) Potíže se spánkem 1 2
- j) Koliku 1 2
- k) Černý kašel 1 2
- l) Spalničky 1 2
- m) Křeče 1 2
- n) Vrozenou vadu 1 2

Pokud a n o,

Popište jakou :

- o) Hyperbilirubinemii 1 2
- p) Anemii 1 2
- q) Infekci močových cest 1 2
- r) Retardaci osifikace 1 2
- s) Dyspepsii 1 2
- t) Alergii 1 2

Ano Ne

u) Kožní choroby 1 2

Uveďte které :

.....

v) Něco jiného 1 2

Pokud ano,

Prosím, popište :

.....

.....

E 2. Pokud prodělalo úraz, prosím, popište :

a) Co se stalo: - dg -

b) Datum úrazu :..... 199

c) Úrazový děj :

d) Terapeutický postup :

e) Byla nutná hospitalizace ?

Ano 1 Ne 2

E 3. Počet hospitalizací :

Od - do (datum) Kde Důvody Terapie

hospital.

(dg)

1.

2.

3.

4.

E 4a) Operace :

Ano 1 Ne 2

Pokud a n o,

b) O jakou operaci šlo ?

E 5a) Trpí dítě nějakou chronickou vadou, nemocí, handicapem ?

(Mimo VVV uvedené pod E 1n)

Ano 1 Ne 2

Pokud a n o,

b) Prosím popište :

i.

ii.....

iii.....

E 6a) Při popisu statu prezens v 8. měsíci, nalézáte u dítěte
nějakou odchylku od normy ?

Ano 1 Ne 2

Pokud a n o,

Prosím popište :

i.

ii.....

iii.....

iv.....

v.....

E 7a) Byla u dítěte nalezena nějaká úchylka na genitálu ?

(především retence či hydrokéla u chlapců)

Ano 1 Ne 2

Pokud a n o,

b) Jaká ?

E 8a) Je u dítěte nějaká odchylka při posouzení psychomotorického vývoje ?

Ano 1 Ne 2

Pokud a n o,

b) O jakou odchylku jde ?.....

E 9a) Mělo dítě, kromě rtg vyšetření kyčlí, ještě nějaké jiné rtg vyšetření ?

Ano 1 Ne 2

Pokud a n o,

b) Uveďte důvod vyšetření :

i.....

ii.....

SEKCE F : SPOTŘEBA PÉČE

F 1. Datum přijetí dítěte do obvodní péče 199.

F 2. Počet návštěv dítěte v poradně :

F 3. Počet kurativních návštěv dítěte v ordinaci :

a) Z toho počet návštěv s nutností léčby

F 4. Vypište diagnózy s terapií antibiotiky nebo sulfonamidy :

Od-do Diagnóza Druh terapie (MSKN) (název léku)

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

F 5. Počet návštěv sestry v bytě :

a) Z toho poprvé dne: 199.

F 6. Počet návštěv praktického lékaře pro děti a dorost v bytě:

F 7. Posouzení rodiny a její funkčnosti :

(Vlastní názor, upozornění)

.....

.....

.....

F 8a) Počet odborných konsilií -(kyčle neuvádíme):

b) Druhy odborných konsilií :

i.....

ii.....

iii.....

iv.....

c) Dg souhrn konsiliárních vyšetření :

i.....

ii.....

iii.....

iv.....

F 10. Prosím uveďte jakékoliv další potíže a nemoci, které dítě prodělalo a nejsou uvedeny v tomto dotazníku :

SEKCE G :

G 1. Dotazník byl vyplněn dne: 199

G 2. Jmenovka lékaře:.....

G 3. Podpis lékaře:

G 4. Číslo ordinace (ODS).....

VELICE VÁM DĚKUJEME ZA VAŠI SPOLUPRÁCI

Vyplněné, prosím, vraťte na adresu :

VÚZD - Oddělení preventivní a sociální pediatrie

Cejl 91

602 00 BRNO