

# Первинний медичний огляд дітей дошкільного віку, які є претендентами на отримання притулку

## ВИХІДНІ ДАНІ (АНАМНЕЗ)

Загальна	<b>ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я:</b>	<b>ДАТА НАРОДЖЕННЯ:</b>	<b>РЕЄСТРАЦІЙНИЙ НОМЕР СИСТЕМИ UMAREK:</b>	
	<b>КРАЇНА НАРОДЖЕННЯ:</b> У якій країні народилася дитина? Країна народження			
	<input type="checkbox"/> Інформація відсутня			
	<b>СІМ'Я:</b> Хто входить до складу сім'ї дитини і з ким вона проживає? Чи відбулися зміни у складі сім'ї?	<b>ЧИННИКИ, ЩО ОБТЯЖУЮТЬ СІМ'Ю:</b> Чи є зараз у житті сім'ї фактори, які сильно на неї впливають, такі як втрати, труднощі чи негаразди?		
Зріст та розвиток	<b>КРАЇНИ ПРОЖИВАННЯ:</b> У яких країнах ви проживали перед приїздом до Фінляндії? Запишіть країни, в яких ви проживали	<b>УМОВИ:</b> Ви проживали на вулиці, в таборі для біженців, у центрі прийому претендентів на отримання притулку або перебували у слідчому ізоляторі чи в'язниці? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> На вулиці <input type="checkbox"/> У таборі для біженців <input type="checkbox"/> У центрі прийому претендентів на отримання притулку <input type="checkbox"/> У слідчому ізоляторі <input type="checkbox"/> У в'язниці <input type="checkbox"/> Невідомо		
	<b>КІЛЬКІСТЬ ТИЖНІВ ВАГІТНОСТІ НА МОМЕНТ НАРОДЖЕННЯ:</b> На якому тижні вагітності народилася дитина?	<b>ПРИБЛИЗНА ОЦІНКА ТИЖНЯ ВАГІТНОСТІ НА МОМЕНТ НАРОДЖЕННЯ:</b> Чи народилася дитина повністю доношеною (37+0 тижнів вагітності або більше) або недоношеною (36+6 тижнів вагітності або менше)? <input type="checkbox"/> Повністю доношеною (37+0 тижнів вагітності або більше) <input type="checkbox"/> Недоношеною (36+6 тижнів вагітності або менше) <input type="checkbox"/> Невідомо		
	<b>ВАГА ПРИ НАРОДЖЕННІ:</b> Скільки дитина важила на момент народження? Вкажіть у кілограмах з точністю до 10 грамів	<b>ПРИБЛИЗНА ОЦІНКА ВАГИ НА МОМЕНТ НАРОДЖЕННЯ:</b> Чи мала дитина на момент народження нормальну вагу, низьку вагу (<2 кг) або велику вагу (>4 кг)? <input type="checkbox"/> Нормальна вага <input type="checkbox"/> Низька вага (<2 кг) <input type="checkbox"/> Велика вага (>4 кг) <input type="checkbox"/> Невідомо		
	<b>ЗРІСТ ПРИ НАРОДЖЕННІ:</b> Який зріст був у дитини при народженні?	<b>ПРИБЛИЗНА ОЦІНКА ЗРОСТУ НА МОМЕНТ НАРОДЖЕННЯ:</b> Чи була дитина на момент народження нормального зросту, низького (<47 см) або високого (>55 см)? <input type="checkbox"/> Нормального зросту <input type="checkbox"/> Низького зросту (<47см) <input type="checkbox"/> Високого зросту (>55см) <input type="checkbox"/> Невідомо		
	<b>ВІДХИЛИННЯ ПРОТЯГОМ ВАГІТНОСТІ МАТЕРІ:</b> Чи спостерігалися якісь особливі труднощі в період вагітності або відхилення від нормальної течії вагітності? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>СПОСІБ НАРОДЖЕННЯ:</b> Дитина народилася шляхом вагінальних пологів чи кесаревого розтину?		
	<b>ПРОБЛЕМИ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ:</b> Чи виявлені у дитини проблеми зі здоров'ям протягом першого місяця після народження? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>ВІДМІННОСТІ В РОЗВИТКУ:</b> Чи росла та розвивалася дитина, як і її однолітки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо		

<b>Хвороби</b>	<b>СТАН ЗДОРОВ'Я:</b> Як дитина почувається зараз? <input type="checkbox"/> Дуже добре <input type="checkbox"/> Добре <input type="checkbox"/> Задовільно <input type="checkbox"/> Погано <input type="checkbox"/> Дуже погано	<b>ЗАХВОРЮВАННЯ:</b> Чи є у дитини хронічне захворювання або проблема зі здоров'ям? Захворюваннями можуть бути, наприклад, алергія або висип на шкірі. <input type="checkbox"/> Перелічіть захворювання <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
	<b>АНАМНЕЗ ТУБЕРКУЛЬОЗУ:</b> Чи хворіла дитина або інший член сім'ї дитини або хтось з її близьких туберкульозом? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>ПЕРІОДИ ПЕРЕБУВАННЯ В ЛІКАРНІ ТА ОПЕРАЦІЇ:</b> Чи були у дитини періоди суттєвих медичних досліджень або лікувань, перебування в лікарні чи операції? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо

<b>Лікування</b>	<b>ЛІКУВАННЯ НА ДАНИЙ МОМЕНТ:</b> Які ліки дитина використовує зараз? Чи були дитині призначені певні ліки, які вона не приймає зараз?
------------------	--

<b>Стан здоров'я на даний момент</b>	<b>СИМПТОМИ:</b> Чи були у дитини протягом останнього місяця симптоми або недуги? Симптомами можуть бути, наприклад, втрата апетиту, біль у животі, проблеми із сечовипусканням, симптоми шкірних захворювань, безсоння або болі. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	
	<b>ПІДВИЩЕНА ТЕМПЕРАТУРА (ЛИХОМАНКА):</b> Чи спостерігалася у дитини протягом минулого місяця підвищена температура, що тривала понад три тижні? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>КАШЕЛЬ:</b> Чи спостерігався у дитини протягом місяця кашель з виділенням слизу чи кров'ю? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
	<b>ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗДІБНОСТІ:</b> Чи обмежує дитину якась проблема зі здоров'ям у повсякденній діяльності? <input type="checkbox"/> Не обмежує <input type="checkbox"/> Обмежує, але не суттєво <input type="checkbox"/> Обмежує суттєво	
	<b>ЗІР:</b> Чи є у дитини проблеми із зором, які обмежують її повсякденну діяльність? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>СЛУХ:</b> Чи є у дитини проблеми зі слухом, які обмежують її повсякденну діяльність? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо

<b>Психічне благополуччя</b>	<b>ПЕРЕЖИТІ ШОКУЮЧІ ПОДІЇ:</b> Іноді з людьми трапляються речі, які надзвичайно є шокуючими для дитини, і можуть мати довгострокові наслідки для її здоров'я та благополуччя. Далі я запитав про кілька таких випадків. Чи пережила дитина психічно або фізично важку подію чи проблему? Такими подіями можуть бути, наприклад, нещасні випадки, насильство та конфліктні ситуації або розлучення з опікуном. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
	<b>ТРАВМИ:</b> Чи є у вас травма, що спричинена від насильства або нещасного випадку? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
	<b>ЕМОЦІЙНЕ ЖИТТЯ:</b> Чи є у дитини проблеми в емоційній сфері життя? Проблемами емоційного життя можуть бути, наприклад, дратівливість, безрадісність, заклопотаність, відхід у себе, боязкість чи думки про те, що краще було б померти. <input type="checkbox"/> Взагалі немає <input type="checkbox"/> Рідше, ніж раз на рік <input type="checkbox"/> Щорічно <input type="checkbox"/> Щомісяця або щотижня <input type="checkbox"/> Щодня <input type="checkbox"/> Невідомо
	<b>ПОРУШЕННЯ ПОВЕДІНКИ:</b> Чи є дитини проблеми з поведінкою? Як часто? Поведінковими проблемами можуть бути, наприклад, агресивна поведінка чи байдужість до всього, а також зухвалість, яка відхиляється від нормального розвитку поведінки. <input type="checkbox"/> Взагалі немає <input type="checkbox"/> Рідше, ніж раз на рік <input type="checkbox"/> Щорічно <input type="checkbox"/> Щомісяця або щотижня <input type="checkbox"/> Щодня <input type="checkbox"/> Невідомо
	<b>ГІПЕРАКТИВНІСТЬ:</b> Чи є у дитини проблеми з гіперактивністю та зосередженням? Як часто? Проблемами з гіперактивністю та зосередженням можуть бути, наприклад, неможливість зосередитися, надмірна рухливість та імпульсивність. <input type="checkbox"/> Взагалі немає <input type="checkbox"/> Рідше, ніж раз на рік <input type="checkbox"/> Щорічно <input type="checkbox"/> Щомісяця або щотижня <input type="checkbox"/> Щодня <input type="checkbox"/> Невідомо

<b>Звички догляду за своїм здоров'ям</b>	<b>ОТРИМАННЯ ДИТИНОЮ ГРУДНОГО МОЛОКА:</b> Чи продовжується грудне вигодовування дитини зараз? <input type="checkbox"/> Повне вигодовування <input type="checkbox"/> Часткове вигодовування <input type="checkbox"/> Вигодовування немає <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>ЧАС ПОЧАТКУ ОТРИМАННЯ ДИТИНОЮ ТВЕРДОЇ ЇЖИ:</b> Коли дитині почали давати тверду їжу? Запишіть дату
	<b>РАЦІОН ХАРЧУВАННЯ:</b> Чи уникаєте ви в раціоні харчування дитини певних продуктів? <input type="checkbox"/> Безлактозна або низьколактозна <input type="checkbox"/> Безглютенна <input type="checkbox"/> або курячими яйцями <input type="checkbox"/> Вегетаріанська їжа з молочними продуктами та/або курячими яйцями <input type="checkbox"/> Вегетаріанська їжа з рибою <input type="checkbox"/> Веганська <input type="checkbox"/> Алергія на зернові <input type="checkbox"/> Алергія на молоко <input type="checkbox"/> Алергія на інші продукти харчування <input type="checkbox"/> Інший спеціальний раціон харчування	
	<b>ПРОБЛЕМИ ІЗ СНОМ:</b> Чи були у дитини протягом минулого місяця проблеми зі сном, такі як, наприклад, труднощі із засинанням чи пробудженнями кілька разів за ніч? <input type="checkbox"/> Проблема із засинанням <input type="checkbox"/> Труднощі спати <input type="checkbox"/> Занадто раннє пробудження вранці <input type="checkbox"/> Добовий ритм порушено <input type="checkbox"/> Денна втома <input type="checkbox"/> Інша проблема зі сном	<b>ЧИЩЕННЯ ЗУБІВ:</b> Як часто дитині чистять зуби щіткою? <input type="checkbox"/> Два рази на день або частіше <input type="checkbox"/> Раз на день <input type="checkbox"/> Рідше ніж 1 раз на день
	<b>ВПЛИВ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ:</b> Чи курять навколо дитини? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	

<b>СРЗ</b>	<b>ОБРІЗАННЯ:</b> У деяких країнах дівчаткам і хлопчикам роблять обрізання, яке може вплинути на стан здоров'я. Дитині було зроблено обрізання? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>ОБРІЗАННЯ ОДНОГО З БАТЬКІВ (ПИТАННЯ ДО ОПІКУНА):</b> Чи було матері /батькові дитини або підлітка зроблено обрізання? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>НАМІР ЗРОБИТИ ОБРІЗАННЯ:</b> Чи маєте ви намір зробити обрізання своїй дитині? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
------------	---	--	---

## ІНФОРМАЦІЯ ПРО РИЗИКИ (наприклад, алергія на ліки)

--

## НИНІШНІЙ СТАН (СТАТУС)

<b>ШКІРА:</b> Чи під час огляду шкіри були якісь відхилення від норми? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>РУБЕЦЬ ВІД ВСГ (БЦЖ):</b> Чи є у дитина рубець від БЦЖ? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ:</b> Чи можна помітити відхилення, досліджуючи ротову порожнину? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>Інші зауваження щодо поточного стану</b>

## ФІЗІОЛОГІЧНІ ВИМІРЮВАННЯ

<b>ВАГА, КГ:</b>	<b>ЗРІСТ, СМ:</b>	<b>ТЕМПЕРАТУРА ТІЛА:</b>

## ЩЕПЛЕННЯ

<b>ПОПЕРЕДНІ ЩЕПЛЕННЯ:</b> Які щеплення ваша дитина отримала перед приїздом до Фінляндії? <input type="checkbox"/> Жодних щеплень <input type="checkbox"/> Деякі щеплення <input type="checkbox"/> Всі щеплення з країни виїзду
--

<b>ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВАКЦИНАЦІЮ:</b> Запишіть отримані вакцини

## ПЛАН

### ПОДАЛЬШИЙ ПЛАН

#### ПОДАЛЬШЕ ЛІКУВАННЯ ТА ДОДАТКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

- Рентген легень     Скринінгові аналізи крові     Первинний огляд лікаря  
 Медсестра приймального центру     Лікар     Стоматолог     Консультація  
 Охорона здоров'я школярів або учнів     Соціальний працівник  
 інше направлення або замовлення часу на прийом

#### ІНСТРУКТАЖ:

- Медичні послуги     Ліки для самотерапії     Психічне здоров'я     Сексуальне та репродуктивне здоров'я  
 Харчування     Гігієна рота     Інші рекомендації

#### ЗГОДА НА ПЕРЕДАЧУ ДАНИХ:

- Згода дана  
 Обмежена згода  
 Згоди не дано

#### ЗГОДА НА ОТРИМАННЯ ДАНИХ:

- Згода дана  
 Обмежена згода  
 Згоди не дано

#### ПІДПИС: