

# Первинний медичний огляд дітей та підлітків шкільного 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 твоєї сім'ї і з ким ти проживаєш? Чи відбулися зміни у складі твоєї сім'ї?	<b>ЧИННИКИ, ЩО ОБТЯЖУЮТЬ СІМ'Ю:</b> Чи є зараз у житті твоєї сім'ї фактори, які сильно на неї впливають, такі як втрати, труднощі чи негаразди?		
	<b>РІВЕНЬ ГРАМОТНОСТІ:</b> Наскільки добре ви вмієте читати? <input type="checkbox"/> Вмію читати будь-який текст <input type="checkbox"/> Вмію читати простий текст <input type="checkbox"/> Вмію читати імена, слова та дуже прості речення <input type="checkbox"/> Зовсім не вмію		<b>РОКИ ВІДВІДУВАННЯ ШКОЛИ:</b> Скільки років ти відвідував/-ла школу?	
<b>КРАЇНИ ПРОЖИВАННЯ:</b> У яких країнах ти проживав/-ла перед приїздом до Фінляндії? Запишіть країни, в яких ви проживали	<b>УМОВИ:</b> Ви проживали на вулиці, в таборі для біженців, у центрі прийому біженців або перебували в центрі тимчасового утримання 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>Розвиток</b>	Ти зростав/-ла і розвивався/-лася так само, як і твої однолітки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо			
Хвороби	<b>СТАН ЗДОРОВ'Я:</b> Як ти почуваєшся 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 тебе якесь хронічне захворювання або проблема зі здоров'ям? Захворюваннями можуть бути, наприклад, гіпертонія, депресія, хвороби серця або алергія. <input type="checkbox"/> Перелічить захворювання <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо		
	<b>АНАМНЕЗ ТУБЕРКУЛЬОЗУ:</b> Чи хворів/-ла ти раніше особисто, член твоєї сім'ї або твої близькі туберкульозом? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>ПЕРІОДИ ПЕРЕБУВАННЯ В ЛІКАРНІ ТА ОПЕРАЦІЇ:</b> Чи були у тебе періоди суттєвих медичних досліджень або лікувань, перебування у лікарні або операції? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо		
<b>Лікування</b>	<b>ЛІКУВАННЯ:</b> Які ліки ти приймаєш зараз? Чи були тобі призначені певні ліки, які ти не використовуєш зараз?			

Стан здоров'я на даний момент	<b>СИМПТОМИ:</b> Чи були у тебе протягом останнього місяця симптоми або недуги? Симптомами можуть бути, наприклад, зубний та головний біль або біль у спині чи животі, симптоми шкірних захворювань чи безпричинне схуднення. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	
	<b>ПІДВИЩЕНА ТЕМПЕРАТУРА (ЛИХОМАНКА):</b> Чи спостерігалася у тебе 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 тебе протягом місяця кашель зі слизом чи кров'ю? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
	<b>ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗДІБНОСТІ:</b> Чи обмежує тебе 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 тебе проблеми із зором, які обмежують твою повсякденну діяльність? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>СЛУХ:</b> Чи є у тебе проблеми зі слухом, які обмежують твою повсякденну діяльність? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо

Психічне благополуччя	<b>ПЕРЕЖИТІ ШОКУЮЧІ ПОДІЇ:</b> Іноді з людьми трапляються речі, які надзвичайно шокуючі для дитини, і можуть мати довгострокові наслідки для її здоров'я та благополуччя. Далі я запитав про кілька таких випадків. Чи пережила дитина або молода людина 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 тебе травма, що виникла в результаті насильства або нещасного випадку? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
	<b>ЕМОЦІЙНЕ ЖИТТЯ:</b> Чи є у вас/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 у вас/дитини проблеми з поведінкою? Як часто? Поведінковими проблемами можуть бути, наприклад, агресивна поведінка чи байдужість до всього, а також зухвалість, що 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 вас/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

Звички догляду за своїм здоров'ям	<b>ТЮТЮНОВІ ВИРОБИ:</b> Чи ти куриш ти використовуєш інші продукти із вмістом нікотину, як, наприклад, електронні сигарети чи кальян? Ти курив/-ла раніше й припинив/-ла куріння? <input type="checkbox"/> Сигарети <input type="checkbox"/> Снюс <input type="checkbox"/> Електронні сигарети <input type="checkbox"/> Інше	<b>ВЖИВАННЯ ТЮТЮНОВИХ ВИРОБІВ:</b> Як часто? <input type="checkbox"/> Щодня <input type="checkbox"/> Іноді <input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Кинули палити
	<b>ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЯ:</b> Чи вживаєш ти алкоголь? Як часто? Варіанти відповіді: <input type="checkbox"/> Щодня <input type="checkbox"/> 3-6 разів на тиждень <input type="checkbox"/> 1-2 рази на тиждень <input type="checkbox"/> 1-3 рази на місяць <input type="checkbox"/> 7-11 разів на рік <input type="checkbox"/> 4-6 разів на рік <input type="checkbox"/> 1-3 рази на рік <input type="checkbox"/> Рідше, ніж раз на рік <input type="checkbox"/> Зовсім ні	
	<b>ВЖИВАННЯ ІНШИХ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН:</b> Ти вживав/-ла інші психоактивні речовини, такі як, наприклад, канабіс, кат або інші наркотики чи ліки з метою сп'яніння? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Снотворні або заспокійливі препарати <input type="checkbox"/> Гамма або лак <input type="checkbox"/> Опіоїди <input type="checkbox"/> Галюциногени <input type="checkbox"/> Канабіс <input type="checkbox"/> Стимулянти <input type="checkbox"/> Розчинники <input type="checkbox"/> Інші	

<b>РАЦІОН ХАРЧУВАННЯ:</b> Чи уникаєш ти певної їжі у своєму раціоні харчування? <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 тебе протягом минулого місяця проблеми зі сном, такі як, наприклад, труднощі із засипанням чи пробудженнями кілька разів за ніч? <input type="checkbox"/> Проблема із засипанням <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 ти чистиш 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

Сексуальне та репродуктивне здоров'я	<b>ПОЧАТОК МЕНСТРУАЦІЇ:</b> Чи почалася в тебе менструація? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>ПРОБЛЕМИ, ЩО ПОЗВ'ЯЗАНІ З МЕНСТРУАЦІЄЮ:</b> Чи є у тебе проблеми, що пов'язані з менструацією? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Проблеми з болем у період менструації <input type="checkbox"/> Рясна менструація <input type="checkbox"/> Нерегулярні менструації <input type="checkbox"/> Інші проблеми, які саме?		
	<b>ВАГІТНІСТЬ:</b> Ти вагітна? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>ОСТАННЯ МЕНСТРУАЦІЯ:</b> Коли у тебе була остання менструація?	<b>КІЛЬКІСТЬ ВАГІТНОСТЕЙ:</b> Ти коли-небудь була вагітною? Якщо так, скільки разів?	<b>КІЛЬКІСТЬ ПОЛОГІВ:</b> Ти народжувала? Якщо так, то скільки разів?
	<b>Далі у мене будуть запитання щодо сексуальних партнерів. У такий спосіб ми можемо обговорити, чи потрібна тобі інформація, обстеження та лікування, що пов'язані з цим. Важливо, щоб ти відповідав/-ла на запитання відповідно до власної ситуації, не замислюючись про те, що є загальноприйнятим у вашій спільноті. У Фінляндії нікого не можна дискримінувати через статеві ознаки, секс або сексуальну поведінку.</b>			
	<b>СТАТЕВИЙ ЗВ'ЯЗОК:</b> Ти коли-небудь мав/-ла статеви зв'язок? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<b>СЕКС:</b> Чи займався/-лася ти сексом протягом останнього минулого року? <input type="checkbox"/> Сексу не було <input type="checkbox"/> Секс з особою протилежної статі <input type="checkbox"/> Секс з одностатевим партнером <input type="checkbox"/> Не хочу відповідати		
<b>КІЛЬКІСТЬ ПАРТНЕРІВ:</b> З якою кількістю осіб ти перебував/-ла у сексуальному зв'язку протягом останнього минулого року? <input type="checkbox"/> Тільки з одним <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> більше, ніж з 10 <input type="checkbox"/> Не відповідати	<b>КОНТРАЦЕПЦІЯ:</b> Чи потребуєте ви контрацепції для запобігання вагітності або засоби профілактики статевих захворювань? <input type="checkbox"/> Не потребую і не користуюсь <input type="checkbox"/> Потребую, але не користуюся <input type="checkbox"/> Користуюся контрацепцією <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати			

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

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

## НИНІШНІЙ СТАН (СТАТУС)

**ШКІРА:** Чи під час огляду шкіри були якісь відхилення від норми?

Так  Ні  Невідомо

**ДОСЛІДЖЕННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ:** Чи можна помітити відхилення, досліджуючи ротову порожнину?

Так  Ні  Невідомо

Інші зауваження щодо поточного стану

## ФІЗІОЛОГІЧНІ ВИМІРЮВАННЯ

**КРОВ'ЯНИЙ ТИСК І ПУЛЬС:**

**ТЕМПЕРАТУРА ТІЛА:**

**ВАГА, КГ:** Чи відбулися зміни у вашій вазі за останній рік?

**ЗРІСТ, СМ:**

**ІНДЕКС МАСИ ТІЛА (ВМІ):**

## ЩЕПЛЕННЯ

**ЗРОБЛЕНІ ЩЕПЛЕННЯ:** Які щеплення ви отримали / ваша дитина отримала перед приїздом до Фінляндії?

Жодних щеплень  Деякі щеплення  Всі щеплення з країни виїзду

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВАКЦИНАЦІЮ:** 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:**