



EZRA UKSW sp. z o.o.

KWESTIONARIUSZ DZIECKA ZGŁOSZONEGO DO PORADNI

DANE DEMOGRAFICZNE

Imię i Nazwisko dziecka:.....

Data

urodzenia:.....Wiek:.....

Masa ciała:.....Wzrost:.....

INFORMACJE NA TEMAT CIĄŻY I PORODU (Z KSIĄŻECZKI ZDROWIA DZIECKA)

Wiek matki w czasie porodu:.....Wiek ojca w czasie porodu.....

Czy występowały kłopoty z zajściem w ciążę: TAK NIE

Która była to ciąża z kolei?:

Czy rozród był wspomagany: NIE /TAK in vitro TAK inseminacja TAK inne

Czy występowały poronienia: TAK NIE

Czy w ciąży stosowane były leki: TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać jakie, w jakich dawkach i w którym okresie ciąży:

.....
.....

Czy w ciąży występowały plamienia lub krwawienia: TAK NIE

Jeżeli tak, to w którym miesiącu:.....

Czy w ciąży wystąpiły poważne urazy: TAK NIE



EZRA UKSW sp. z o.o.

Jeżeli tak, to w którym miesiącu:.....

Czy matka w ciąży przechodziła infekcje: TAK NIE

Jeżeli tak, to jakie, w którym miesiącu i jakie leczenie zostało zastosowane:

.....
.....

Czy w czasie ciąży stwierdzono u matki (proszę zakreślić właściwe):

cukrzycę nadciśnienie cholestazę inne:.....

Poród odbył się w tygodniu ciąży:.....

Poród odbył się (proszę zakreślić właściwe): siłami natury /cięciem cesarskim z próżnociągami (vacuum) /kleszczami

Liczba punktów w skali Apgar po urodzeniu, wynik całościowy dziecka:.....

Masa ciała noworodka:Długość noworodka:..... Obwód głowy:.....

Obwód klatki piersiowej:.....

Czy dziecko przebywało po urodzeniu w inkubatorze: TAK NIE

Jeżeli tak, to dlaczego:.....

Czy noworodek przechodził żółtaczkę: TAK NIE

Jaki był poziom bilirubiny u dziecka (i w której dobie życia):.....

Czy wystąpiły powikłania lub urazy okołoporodowe: TAK NIE

Jeśli tak to jakie:.....

STAN ZDROWIA DZIECKA

Przebyte poważne choroby, kiedy jakie:.....

.....
.....

Utraty przytomności:.....

Drgawki:.....



EZRA UKSW sp. z o.o.

Urazy głowy z podejrzeniem wstrząsu mózgu.....
Inneurazy.....
Alergie.....
Zabiegi.....
Hospitalizacje, kiedy, gdzie, z jakiego powodu:.....
.....
.....

Dieta : bezglutenowa TAK NIE

bezmleczna TAK NIE

bezcukrowa TAK NIE

OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Czy i kiedy dziecko było konsultowane przez: (jeżeli tak to z jakiego powodu)

- neurologa TAK NIE

- laryngologa TAK NIE

- okulisty TAK NIE

- alergologa TAK NIE

- psychiatrę TAK NIE

- innego specjalistę TAK NIE

- w PPP TAK NIE

Czy dziecko aktualnie zażywa leki/ witaminy/suplementy? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:.....

Czy dziecko posiada orzeczenie z PPP: TAK NIE.....

.....



EZRA UKSW sp. z o.o.

Czy dziecko posiada diagnozę TAK NIE

Całościowych zaburzeń rozwoju (autyzm, autyzm atypowy, Zespół Aspergera): TAK NIE

Niepełnosprawności intelektualnej: TAK NIE

AKTUALNE BADANIA LEKARSKIE

Badanie	TAK	NIE	data	Wynik	Zalecenia
Morfologia					
Elektrolity					
Próby wątrobowe					
Glukoza					
Mocznik					
Keratynina					
Hormony tarczycy (TSH, FT3, FT4)					
Poziom witaminy D3-25OH					
IgE całkowite					
Ogólne badanie moczu					
Pasożyty - kał					
Candida wymaz					
Badanie metaboliczne					
Badanie genetyczne					
Badane słuchu/jakie?					
Badanie dna oka					
EEG					



EZRA UKSW sp. z o.o.

TK/MRI					
EKG					

Data i podpis opiekuna prawnego