

Uzupełnia Rodzic / Opiekun

„Screening w kierunku choroby trzewnej grupy mieszkańców województwa świętokrzyskiego”

Prosimy o dokładne wypełnienie ankiety dotyczącej stanu zdrowia dziecka

1. Imię i nazwisko dziecka:.....
2. PESEL:.....
3. Data urodzenia:..... Wiek:.....
4. Płeć: Kobieta Mężczyzna
5. Masa ciała:
6. Wzrost:
7. Okres karmienia piersią:.....
8. Typ diety:
 Normalna Wegetariańska Wegańska Inna
.....
9. W którym miesiącu życia dziecka wprowadzono gluten w celu rozszerzenia diety:
.....
10. Czy wyeliminowano z diety dziecka jakikolwiek składnik pokarmowy?
 TAK NIE
Jeżeli TAK proszę zaznaczyć jeden z poniższych lub podać, jaki
-
 Zboża zawierające gluten Nabiał zawierający laktozę
 Orzechy Cytrusy Mięso Ryby Jaja Soja
11. Czy dziecko przyjmuje suplementy diety?
 TAK NIE
Jeżeli TAK to proszę podać, jakie
12. Czy zaobserwowano zaburzenia odżywiania i/lub nietolerancje pokarmowe u dziecka?
 TAK NIE
Jeżeli TAK to proszę podać, jakie
13. Czy zaobserwowano zaburzenia odżywiania i/lub nietolerancje pokarmowe w rodzinie pacjenta?
 TAK NIE
Jeżeli TAK to proszę podać, jakie
14. Czy u dziecka stwierdzono niedobór żelaza (anemia)?
 TAK NIE
Jeżeli TAK to proszę podać nazwę leku/suplementu.....
15. Czy zdiagnozowano u dziecka chorobę Leśniowskiego - Crohna?
 TAK NIE
16. Czy zdiagnozowano u dziecka młodzieńcze przewlekłe zapalenie stawów?

TAK NIE

17. Czy zdiagnozowano u dziecka zespół Sjögrena?

TAK NIE

18. Czy zdiagnozowano u dziecka chorobę Addisona?

TAK NIE

19. Czy zdiagnozowano u dziecka zespół Downa?

TAK NIE

20. Czy zdiagnozowano u dziecka zespół Turnera?

TAK NIE

21. Czy zdiagnozowano u dziecka zespół Wiliamsa?

TAK NIE

22. Czy zdiagnozowano u dziecka nefropatię IgA?

TAK NIE

23. Czy zdiagnozowano u dziecka selektywny niedobór IgA?

TAK NIE

24. Czy zdiagnozowano u dziecka autoimmunologiczne zapalenie tarczycy?

TAK NIE

25. Czy zdiagnozowano u dziecka autoimmunologiczne zapalenie wątroby?

TAK NIE

26. Czy zdiagnozowano u dziecka cukrzycę typu I?

TAK NIE

27. Czy dziecko przyjmuje leki immunosupresyjne?

TAK NIE

Jeżeli TAK proszę podać nazwę.....

28. Czy u dziecka występują niżej wymienione choroby/problemy zdrowotne

- ze strony układu sercowego – naczyniowego

TAK NIE

Jeżeli TAK proszę podać nazwę.....

- o charakterze dermatologicznym

TAK NIE

Jeżeli TAK proszę podać nazwę.....

- związane z układem kostno-szkieletowym

TAK NIE

Jeżeli TAK proszę podać nazwę.....

29. Czy występują u dziecka jedno z poniżej wymienionych stanów związanych ze zdrowiem:

- Zły nastrój / zmienny nastrój

nigdy rzadko umiarkowanie często bardzo często

- Osłabienie / ogólne zmęczenie

nigdy rzadko umiarkowanie często bardzo często

- Brak apetytu / utrata masy ciała (niewynikająca z diety)

nigdy rzadko umiarkowanie często bardzo często

- Wzdęcie brzucha

nigdy rzadko umiarkowanie często bardzo często

- Nudności

nigdy rzadko umiarkowanie często bardzo często

- Wymioty

nigdy rzadko umiarkowanie często bardzo często

- Biegunka / przewlekła biegunka

nigdy rzadko umiarkowanie często bardzo często

- Zmiany w śluzówce jamy ustnej (afty i wrzodziejące zapalenia)

nigdy rzadko umiarkowanie często bardzo często

- Typ stolca (np. tłuszczowy, śluzowy, cuchnący, krwisty)

nigdy rzadko umiarkowanie często bardzo często

30. Czy występuję u dziecka opóźnienie rozwoju?

TAK NIE

31. Czy dziecko cierpi na zapalenie dróg żółciowych?

TAK NIE

32. Czy u dziecka występują zaburzenia ze strony układu nerwowego (ataksja mózdkowa, depresja, schizofrenia)?

TAK NIE

Jeżeli TAK proszę podać nazwę zaburzenia.....

33. Czy dziecko cierpi na zaburzenia związane z układem rozrodczym?

TAK NIE

Jeżeli TAK proszę podać nazwę.....

34. Czy dziecko było hospitalizowane w ciągu ostatnich 3 lat:

TAK NIE

Jeżeli TAK proszę podać ile razy.....

35. Czy dziecko przyjmowało antybiotyki w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

TAK NIE

Jeżeli Tak proszę podać nazwę antybiotyku.....

36. Czy dziecko przechodziło infekcje w ciągu ostatnich 3 lat?

TAK

NIE

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis Rodzica / pełnoprawnego Opiekuna)

