

DOTAZNÍK DÍTĚTE

OSVOJENÍ/PĚSTOUNSKÁ PÉČE

Jméno a příjmení:

Datum narození:

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE (uvedte veškeré údaje, které jsou Vám známy)

RODINNÁ ANAMNÉZA:

Matka

(věk, zdravotní stav-screening hepatitid,
pohlavní choroby, abusus návykových látek)

Otec

(věk, zdravotní stav- screening hepatitid,
abusus návykových látek)

Sourozenci

(věk, zdravotní stav, kdo o ně pečuje)

Závažná onemocnění v rodině

OSOBNÍ ANAMNÉZA:

Gravidita

Sledovaná: ANO – NE - NENÍ ZNÁMO

Pořadí těhotenství:

Potrat:

UPT:

Průběh těhotenství (pokud nebyl fyziologický popište, uveďte Vám známé informace o onemocnění, hospitalizaci, léčbě):

Porod

Pořadí:

Týden gravidity

Způsob porodu:

Poloha dítěte:

Porodní hmotnost:

Porodní délka:

AS:

Novorozenec

ZRALÝ – NEZRALÝ
EUTROFICKÝ-HYPOTROFICKÝ-HYPERTROFICKÝ

Poporodní adaptace

Kříšén: ANO – NE

Křeče ANO – NE

Žloutenka: ANO – NE

Dechové potíže ANO – NE

Fototerapie	ANO - NE	Pokud ano, max Bi/hod, počet hodin:	
Jiné potíže	ANO – NE	Pokud ano, popište níže jaké byly potíže a jak byly léčeny	
Novorozenecký screening:	ANO – NE	Kalmetizace:	ANO – NE
Vyšetření kyčlí:	ANO – NE	Screening katarakty:	ANO – NE
UZ mozku:	ANO – NE	UZ ledvin:	ANO – NE
VVV	ANO – NE Pokud ano, jaká:	Jiná vyšetření	ANO – NE Pokud ano, jaká:

Další údaje

Dítě přijato do zařízení z porodnice:	ANO – NE	Očkováno řádně dle očkovacího kalendáře:	ANO – NE, až ve 3 měsících – NENÍ ZNÁMO
Závažná a opakující se onemocnění (popište):			
Hospitalizace:	ANO – NE Pokud ano, uveďte důvod hospitalizace, místo hospitalizace, dobu pobytu v nemocnici, specifikujte především úrazy a operace:		
Speciální dieta:	ANO – NE Pokud ano, jaká:		
Je dítě rehabilitováno:	ANO – NE Pokud ano, za jakého důvodu:		
Užívá dítě nějaké léky:	ANO – NE Pokud ano, jaké:		
Alergie:	ANO – NE Pokud ano, specifikujte:		
Vrozená vývojová vada:	ANO – NE Pokud ano, jaká:		
Má dítě provedeno genetické vyšetření:	ANO – NE Pokud ano, připojte kopii či výtah		
Má dítě další odborná vyšetření:	ANO – NE Pokud ano, uveďte jejich výčet a připojte kopie výsledků		
KO + dif. (datum a výsledek):			
Ortopedické vyšetření (datum a výsledek):			

Vyšetření lues screening	ANO – NE	HIV:	ANO – NE	HEP HBsAg: anti HCV:
Momentálně navštěvuje dítě tyto odborníky (logoped, psychiatr, neurolog apod):				
Neurologické vyšetření (datum a výsledek):				
Etnická příslušnost dítěte:				
Má dítě znaky odlišné od běžné populace v ČR:				
Vzhled dítěte	Barva vlasů: Barva očí: Současná hmotnost: Současná výška (délka):			
Další sdělení:				

Datum a místo:
Jméno, příjmení a podpis lékaře, který dotazník vyplnil:
Telefonní spojení:

Doplňte psychologické vyšetření podle Gesela a BSID-4 (pro starší děti použijte S-B škálu):