

Dotazník
číslo:

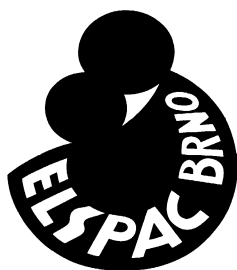
ET_5						
------	--	--	--	--	--	--

Světová zdravotnická organizace, Kodaň, Dánsko
Ústav zdraví dítěte při Univerzitě v Bristolu, Velká Británie
Výzkumné pracoviště preventivní a sociální pediatrie,
Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno, Česká republika

organizují a provádějí

v ý z k u m

EVROPSKÁ LONGITUDINÁLNÍ STUDIE RODIČOVSTVÍ A DĚTSTVÍ
(ELSPAC)



Váš dospívající syn/ Vaše dospívající dcera a jeho/její zdraví (Dotazník ET_5)

Vážená paní, Vážený pane,
tento dotazník je určen osobě, která se nejvíce stará o Vašeho syna/Vaši dceru. Předpokládáme, že nejčastěji touto osobou bude jeho/jeji matka nebo otec. Může to však být i jiná dospělá osoba, která sdílí s Vaším synem/Vaší dcerou společnou domácnost a jeho/ji dobře zná.

Dotazník je rozčleněn do několika částí, ve kterých najdete otázky o zdravotních potížích a nemocech mladistvého, úrazech a nehodách, způsobech léčení aj.

Dotazníky projektu ELSPAC

●Koncem XX. století dospěli lékaři ke smutnému zjištění: zdravotní stav dětské populace v Evropě se všeobecně zhoršuje. Dochází k nárůstu chronických a alergických chorob, zvyšuje se náchylnost k infekčním chorobám, vzrůstá počet dětí s nějakým druhem postižení. Příčiny této situace nemohou být pouze biologické. Pravděpodobně spočívají v životním stylu evropské populace, v působení psychických stresů, v kvalitě rodinného a životního prostředí současných dětí a dospívajících. Neznáme však **přesně míru rizik jednotlivých škodlivých faktorů ani význam různých kombinací těchto faktorů pro zdravotní stav dětí a dospívajících**. Základním cílem Evropské dlouhodobé studie rodičovství a dětství je proto určit, jaký vliv mají faktory biologické, sociální, psychosociální a faktory prostředí na zdraví dětí a dospívajících.

●ELSPAC je mezinárodní zdravotnická studie, která vznikla z podnětu Světové zdravotnické organizace (WHO) a probíhá v sedmi zemích Evropy. V České republice bylo do projektu zahrnuto více než 7000 dětí narozených v letech 1991 a 1992 a jejich rodičů. Tyto rodiny sledujeme již od těhotenství matky. Naším záměrem je pokračovat ve výzkumném sledování těchto dětí nejméně do 19 let jejich věku.

Důsledky pro dotazování

- Charakter studie však ovlivňuje dotazování. Snaha o velmi podrobné a mnohostranné poznání rizikových faktorů zdraví dětí a mladistvých vede k nárůstu objemu dotazníků.
- Nutnost uvádět většinu výzkumných otázek současně ve všech zúčastněných zemích způsobuje, že některé dotazy se Vám mohou zdát neobvyklé.

Žádná data či informace, která nám vyplněním tohoto dotazníku sdělíte, nejsou poskytována žádné třetí osobě.

**Není-li uvedeno jinak, zaznamenáváme do tohoto dotazníku údaje od 15 do 18 let !
Pokud nevíte odpověď napište „nevím“.**

SEKCE A : ZDRAVOTNÍ STAV VAŠEHO MLADISTVÉHO

A 1. Jak byste hodnotil/a zdraví svého syna/dcery od jeho/jejích 15 let?

	Je naprosto zdravý/á, bez problémů	Zdravý/á, s několika menšími problémy	Někdy je dost nemocný/á	Skoro stále je nemocný/á	Je chronicky nemocný/á
i. v posledních třech letech (od 15 let)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
ii. v posledním roce	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

Pokud jste označil/a v obou případech číslo **1**, přejděte k otázce **A 3**.

A 2. **Jestliže** jste odpověděl/a označením čísla **2, 3, 4** nebo **5**, **uved'te**, jakou **diagnózu nemoci** lékař stanovil. Vyberte tuto diagnózu z následujícího textu nebo ji doplňte:

- a. Infekce dýchacích cest (záněty horních cest dýchacích, záněty průdušek, plic, hnisavé angíny, zánět vedlejší nosní dutiny,...).

Ano

Ne

Pokud ANO,

- i. Upřesněte:.....
- ii. Kolik infekcí dýchacích cest prodělal/a Váš syn/ dcera v **uplynulém roce** ?.....

- b. Alergie s projevy onemocnění dýchacích cest (pylová rýma, jiná alergická rýma, průduškové astma,...)

Ano

Ne

Pokud ANO,

- i. Upřesněte:

- c. Alergie s jinými projevy (atopický ekzém, kontaktní ekzém, kopřivka, alergická vyrážka, otoky, anafylaktický šok, trávicí potíže alergického původu,...)

Ano

Ne

Pokud ANO,

- i. Upřesněte:.....

- d. Snížení imunity

Ano

Ne

e. Nemoci krve (chudokrevnost, porucha srážlivosti, nemoc bílých krvinek, ...)

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Upřesněte:.....

f. Nemoci močové soustavy (infekce močových cest, zánět ledvin, močové kameny,...)

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Upřesněte:.....

g. Nemoci pohlavního ústrojí (zánět pochvy, zevních rodidel, nesestouplé varle, stav po operaci,...)

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Upřesněte:.....

h. Nemoci trávicího traktu (zánět, poruchy trávení, stav po operaci, celiakie, onemocnění jater, žlučníku, žaludku, střev,...)

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Upřesněte:.....

i. Nemoci štítné žlázy, obezita, cukrovka, jiné endokrinní onemocnění

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Upřesněte:.....

j. Onemocnění kůže, vlasů, nehtů (ekzém, akné, plíseň, lupénka, padání vlasů,...)

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Upřesněte:.....

k. Nemoci a vady kostí, kloubů, svalů léčené ortopedem (vada páteře, kyčelních kloubů, kolenních kloubů, nohou, ...)

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Upřesněte:.....

l. Vrozené vady, stav po léčbě

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Upřesněte:.....

m. Nemoci srdce a cév (vysoký krevní tlak, chlopenní vady, poruchy srdečního rytmu, zánět, ...)

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Upřesněte:.....

n. Nádorové onemocnění, stav po léčbě

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Upřesněte:

o. Duševní nemoci, poruchy příjmu potravy (neuróza, mentální anorexie, bulimie, ...)

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Uveďte, prosím:.....

p. Nemoci nervové (epilepsie, migréna, kolapsové stavy, jiné nemoci mozku, míchy, nervů, ...)

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Uveďte, prosím:.....

q. Jiné nemoci

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

i. Uveďte, prosím:.....

A 3. Byl/a syn/dcera v posledních **třech letech** sledován/a (léčen/a) u nějakého **odborného lékaře**?

Ano

Ne

Pokud NE, přejděte k otázce **A 4**.

Pokud ANO, v následujícím textu vyberte **specializaci odborného lékaře**. Označte variantu odpovědi a uveďte **diagnózu**, pro kterou je (byl) mladistvý sledován. Ve vyplňování Vám do jisté míry pomůže otázka **A 2** v dotazníku.

**Ano, je
dosud**

**Ano, ale
nyní už
nemusí
být**

**Ano, ale
přestali
jsme tam
chodit**

Ne

a. ORL (ušní, nosní, krční)

i. **Pokud ANO**, uveďte diagnózu vlastními slovy:.....

.....

b. Oční

i. **Pokud ANO**, uveďte diagnózu vlastními slovy:.....

.....

c. Alergologie

i. **Pokud ANO**, uveďte diagnózu:.....

.....

d. Imunologie

i. **Pokud ANO**, uveďte diagnózu:.....

.....

e. Hematologie (nemoci krve)

i. **Pokud ANO**, uveďte diagnózu:.....

.....

f. Urologie (nemoci močových cest)

i. **Pokud ANO**, uveďte diagnózu:.....

.....

	Ano, je dosud	Ano, ale nyní už nemusí být	Ano, ale přestali jsme tam chodit	Ne	Chlapec
	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="7"/>
g. Gynekologie					
i. Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu:.....				
	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	
h. Gastroenterologie (nemoci trávicího traktu)					
i. Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu:.....				
	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	
i. Endokrinologie (viz A 2 i)					
i. Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu:				
	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	
j. Kožní					
i. Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu:.....				
	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	
k. Ortopedie (viz A 2 k)					
i. Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu:.....				
	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	
l. Rehabilitace					
i. Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu:.....				
	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	
m. Kardiologie (viz A 2 m)					
i. Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu:.....				
	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	
n. Onkologie (viz A 2 n)					
i. Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu:.....				
	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	
o. Psychiatrie (viz A 2 o)					
i. Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu:.....				

	Ano, je dosud	Ano, ale nyní už nemusí být	Ano, ale přestali jsme tam chodit	Ne
	1	2	3	4
p. Neurologie (nervové)				
i. Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu:.....				
q. Psychologie				
i. Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu:.....				
r. Diabetologie (léčba cukrovky)				
Pokud <u>ANO</u> , upřesněte diagnózu: i.....				
s. Nefrologie (nemoci ledvin)				
Pokud <u>ANO</u> , uveďte diagnózu: i.....				
t. Jiná specializace (infekční, plicní, revmatologie, chirurgie,...):				
Pokud <u>ANO</u> ,				
i. Uveďte specializaci:.....				
ii. Uveďte diagnózu:.....				

A 4. Měl/a syn/dcera od 15 let věku některou z následujících infekčních nemocí ?

	Ano	Ne
a. Černý kašel	1	2
b. Infekční mononukleózu	1	2
c. Infekční zánět jater (žloutenku)	1	2
d. Zánět mozkových blan	1	2
e. Opakované opary (herpes)	1	2
f. Oční infekci	1	2
g. Ušní infekci	1	2

	Ano	Ne
h. Spálu	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>
i. Angínu	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>
j. Borreliózu	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>
k. Infekci pohlavního ústrojí	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>
l. Infekci kůže	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>
m. Infekční průjem	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>
n. Plísňovou infekci	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>
o. Roupy	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>
p. Svrab	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>
q. Vši	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>
r. Jiná parazitární nemoc (toxoplazmóza, škrkavky, tasemnice,...)	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>

Pokud ANO,

i. Uveďte ji, prosím:.....
.....

s. Jinou infekci	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>
------------------	---	---

Pokud ANO,

i. Uveďte ji, prosím:.....
.....

A 5. Je po infekci dosud kontrolován/a ?

Ano	Ne
<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>

Pokud ANO,

i. Uveďte příčinu (následky po infekci):.....
.....

A 6. Je Váš/Vaše syn/dcera **alergik** ?

Ano	Ne
<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>

Pokud NE, přejděte k otázce A 10.

Pokud ANO, a byl/a vyšetřen/a na alergologii, uveďte, **na co je alergický/á?** Vyplňte, prosím, všechny položky.

Jsou to:

Ano	Ne
<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="1"/>	<input style="border: 1px solid red;" type="text" value="2"/>

a. Pyly

	Ano	Ne
b. Bakterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Roztoči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Domáci prach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Plísňe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Srst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Chlad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Peří	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Včela, vosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Slunce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Potraviny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ANO,

Napište, na které potraviny: i.....
 ii.....
 iii.....

	Ano	Ne
l. Léky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ANO,

Napište, na které léky: i.....
 ii.....
 iii.....

	Ano	Ne
m. Guma, latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Něco jiného	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ANO,

Upřesněte: i.....
 ii.
 iii.

A 7. Od kolika let se na alergologii léčí ?let

A 8. Jaké léky užívá ? i.....
 ii.....
 iii.....
 iv.....

A 9. Další poznámky k alergii syna/dcery:.....
.....
.....

A 10. V dalších otázkách se soustředíme na odhalení mladistvých s projevy **alergie dosud neléčené nebo začínající**.

Mívá Váš syn/Vaše dcera níže uvedené **potíže**, i když **není "nachlazený/á"** a **nemá infekci** dýchacích cest a spojivek ? Vyplňte, prosím, všechny položky.

	Ano	Ne
a. Záchvaty kýchání	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
b. Silnou rýmu	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
c. Svědění nosu, očí	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
d. Ucpaný nos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
e. Zarudlé spojivky, slzení	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
f. Dlouhotrvající kašel	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
g. Dechové potíže	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
h. Sípání	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Pokud jste odpověděl/a na všechny potíže **NE**, **přejděte** k otázce **A 13**.

Pokud jste **odpověděl/a nejméně jednou ANO**, **pokračujte** ve vyplňování:

A 11 a. Jak moc tyto problémy **ovlivňují aktivitu** syna/dcery? Vyberte jednu položku,

Vůbec ne	<input type="text" value="1"/>
Trochu	<input type="text" value="2"/>
Znatelně	<input type="text" value="3"/>
Hodně	<input type="text" value="4"/>
Nevím	<input type="text" value="9"/>

b. Jak moc tyto problémy **ovlivňují spánek** syna/dcery ?

Vůbec ne	<input type="text" value="1"/>
Trochu	<input type="text" value="2"/>
Znatelně	<input type="text" value="3"/>
Hodně	<input type="text" value="4"/>
Nevím	<input type="text" value="9"/>

c. Jsou tyto potíže **vázány na roční období** ?

Ano	Ne	Nevím
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Pokud ANO,

Upřesněte, na které: i.....
ii.....

A 12. Co si myslíte, že tyto stavy vyvolává ? Vyplňte, prosím, všechny položky.

	Ano	Ne	Nevím
a. Vdechování alergenů	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
b. Infekce dýchacích cest	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
c. Pobyt v zakouřené místnosti	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
d. Chladné počasí	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
e. Kontakt s něčím	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Pokud ANO,

i. Popište, s čím:.....
.....

f. Stres	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
----------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

	Ano	Ne	Nevím
g. Tělesné cvičení	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
h. Něco jiného	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Pokud ANO,

Uveďte, co: i.....
ii.....

A 13. Reaguje Váš syn/Vaše dcera na nějakou **potravinu**, nápoj nebo jejich součást vyrážkou, kopřivkou, otokem, ekzémem, ucpaným nosem nebo ztíženým dechem? Vyberte jednu odpověď.

Ano, jednoznačně	<input type="text" value="1"/>
Ano, možná	<input type="text" value="2"/>
Ne	<input type="text" value="3"/>
Nevím	<input type="text" value="9"/>

Pokud NE, přejděte k otázce **A 15.**

Pokud ANO,

- i. Uveďte, na kterou potravinu: 1.....
2.....
- ii. Uveďte, příznaky reakce: a
b.
c.

A 14. Za **jak dlouhou dobu** po jídle nebo pití alergická reakce nastává ?

Za méně než 1 hodinu	<input type="text" value="1"/>
Za 1 až 2 hodiny	<input type="text" value="2"/>
Za 3 až 5 hodin	<input type="text" value="3"/>
Za 6 nebo více hodin	<input type="text" value="4"/>
Nevím	<input type="text" value="9"/>

A 15. Objevuje se u Vašeho syna/Vaší dcery po bodnutí vosou, včelou větší reakce než jen místní malý otok a zarudnutí?

Ano, jednoznačně	<input type="text" value="1"/>
Ano, možná	<input type="text" value="2"/>
Ne	<input type="text" value="3"/>
Nevím	<input type="text" value="9"/>

Pokud NE, přejděte k otázce **A 16**.

Pokud ANO,

i. Popište reakci:

.....

ii. Popište léčbu: a.....

b.....

A 16. Měl/a Váš syn/Vaše dcera v období **od 15 let do 18 let ekzém** ? Vyberte jednu z odpovědí.

Ano , má ekzém už od raného věku.	<input type="text" value="1"/>
Ano , po přechodném vymizení se ekzém opět objevil.	<input type="text" value="2"/>
Ano , objevil se ve školním věku a má ho dosud.	<input type="text" value="3"/>
Ano , od raného věku, ale už minimálně.	<input type="text" value="4"/>
Ne , ale dříve míval/a ekzém.	<input type="text" value="5"/>
Ne , a nikdy ekzém neměl/a.	<input type="text" value="6"/>

Pokud NE, přejděte, prosím k **A 17**.

Pokud ANO, prosím, upřesněte:

a. **Typ** ekzému, vyberte z nabídnutých variant odpovědi:

	Ano	Ne	Nevím
i. atopický	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
ii. kontaktní	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
iii. seboroický	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
iv. jiný	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Pokud jiný, upřesněte: 1.....

b. Pro **lokalizaci** ekzému vyplňte, prosím, odpověď ve všech řádcích:

	Ano	Ne
i. Vlasatá část hlavy	1	2
ii. Obličej	1	2
iii. Krk	1	2
iv. Přední strana hrudníku	1	2
v. Ohbí loketní, kolenní nebo zápěstí	1	2
vi. Ruce	1	2
vii. Paže, stehna	1	2
viii. Jinde	1	2

Pokud ANO,

Uveďte, kde: 1.....
2.....

c. **Kdo** ekzém Vašeho syna/Vaší dcery **léčí** ?

Dětský lékař	1
Kožní lékař	2
Alergolog	3
Imunolog	4
Léčitel (alternativní metoda léčby)	5
Neléčí se	6

d. **Co** ekzém **zhoršuje** ?

Označte, prosím, odpovědi ve všech řádcích:

	Ano	Ne	Nevím
i. zpocení	1	2	9
ii. suchý vzduch	1	2	9
iii. saponáty (pěna do koupele,...)	1	2	9
iv. umělá vlákna	1	2	9

	Ano	Ne	Nevím
v. vlna	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
vi. pylové období	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
vii. infekce	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
viii. něco jiného	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Pokud ANO,

Popište, co: 1.....

e. **Vyskytuje se ekzém v rodině ?**

Ano	Ne
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Pokud ANO, napište u koho: i.....

f. Má Váš syn/Vaše dcera kromě ekzému ještě nějaké **jiné alergické onemocnění** (astma, alergickou rýmu...)?

Ano	Ne
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Pokud jste odpověděl/a ANO,

Napište, jaké: i.....

ii.....

A 17. Byl Váš syn/Vaše dcera **od svých 15 let** přijat/a do nemocnice ?

Ano	Ne
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Pokud NE, přejděte k otázce **A 19**.

Pokud ANO, uveďte:

i. Kolikrát:..... krát

A 18. Uved'te, prosím, pro tři příjmy do nemocnice, které považujete za nejdůležitější:

	i. první hospitalizace	ii. druhá hospitalizace	iii. třetí hospitalizace
a. Věk mladistvé/ho:
b. Důvody přijetí: 1.....
2.....
3.....
c. Počet dnů strávených v nemocnici:
d. Jak často jste syna/dceru v nemocnici navštěvoval/a?			

	i. první	ii. druhá	iii. třetí
Vůbec ne	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/>
Dost často	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="2"/>
Každý den	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/>

A 19. Byl Váš syn/dcera **od svých 15 let v lázních** nebo v jiném léčebném zařízení?

Ano	Ne
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Pokud NE, přejděte k otázce **A 20**.

Pokud ANO,

a. **Kolikrát:**.....

b. Uved'te **pro každý pobyt:**

	i. Věk	ii. Důvod	iii. Zařízení a místo pobytu	iv. Počet dnů
1.....
2.....
3.....
4.....

A 20. Prodělal/a syn/dcera **od svých 15 let** nějaké **operace**?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud NE, přejděte k otázce **A 24**.

Pokud ANO, jaké operace (vyjádřete se ke všem):

	Ano	Ne	
a. Operaci kýly Pokud ANO, jaké kýly (pupeční, tříselné, varikokély,...)? i.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Odstranění nosní nebo krčních mandlí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Gynekologickou operaci Pokud ANO, upřesněte: i.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> syn
d. Operaci slepého střeva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Operaci ucha Pokud ANO, upřesněte: i.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Operaci oka Pokud ANO, upřesněte: i.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Urologickou operaci Pokud ANO, upřesněte: i.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Odstranění pigmentového névu (znaménka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Operativní řešení zlomeniny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Jinou operaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pokud ANO,
napište, jakou:

- i.....
- ii.....
- iii.....

A 21. Měl/a Váš syn/Vaše dcera nějaké **zánětlivé komplikace** po operaci ?

Ano	Ne
1	2

Pokud ANO,

i. Bral/a antibiotika ?

1	2
---	---

ii. Prodloužila se tím doba hospitalizace ?

1	2
---	---

A 22. Měl/a Váš syn/Vaše dcera **jiné komplikace** po operaci ?

1	2
---	---

Pokud ANO,

uveďte je: i.....

A 23. Zůstaly po operaci nějaké **následky** (kromě jizev) ?

1	2
---	---

Pokud ANO,

uveďte je: i.....

A 24. V období **dospívání** se mění do jisté míry skladba užívaných léků oproti dětskému věku. Přibližuje se již více lékům dospělých. Mladistvý již není pod takovou péčí a dohledem svého rodiče jako dříve (a to nejen v době nemoci). Chce jednat samostatně a někdy odmítá dobře míněné rady rodičů k dodržování léčebného režimu. Sdělte nám, prosím, které následující léky a jak často mladistvý bral **v minulých 12 měsících**. Uveďte název léčiva, pokud ho znáte:

	Nikdy	V průběhu 1 - 2 onemocnění	V průběhu 3 a více onemocnění	Pravidelně	Název léku
a. Léky proti kašli	1	2	3	4	i..... ii.....
b. Antibiotika	1	2	3	4	i.....iii..... ii.....iv.....
c. Léky proti bolesti	1	2	3	4	i.....iii..... ii.....iv.....
d. Vitamíny	1	2	3	4	i.....iii..... ii.....iv.....
e. Léky proti horečce	1	2	3	4	i..... ii.....

	Nikdy	V průběhu 1 - 2 onemocnění	V průběhu 3 a více onemocnění	Pravidelně	Název léku
f. Léky na snížení hmotnosti	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i..... ii.....
g. Kožní léky	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i..... ii.....
h. Oční léky	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
i. Léky proti průjmům	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
j. Anabolika	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
k. Léky k posílení imunity	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
l. Přípravky na akné	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i..... ii.....
m. Léky na chudokrevnost (železo)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i..... ii.....
n. Projímadla	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
o. Homeopatika	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
p. Přípravky z léčivých rostlin	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
q. Hormonální léky (kromě antikoncepce a anabolik)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
r. Léky na uklidnění	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i.....
s. Léky na duševní nemoci	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	i..... ii.....
t. Něco jiného	Ano <input type="text" value="1"/>	Ne <input type="text" value="2"/>			

Pokud ANO, uveďte název léčiva a jak často ho syn/dcera užívá:

Název léčiva	V průběhu 1 - 2 onemocnění	V průběhu 3 a více onemocnění	Pravidelně
1.....i	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2.....i	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3.....i	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4.....i	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5.....i	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

A 25. Jak Váš syn/Vašedcera **dodržuje pokyny** lékaře k užívání léků ? Vyberte, prosím, **jednu** odpovídající variantu odpovědi nebo doplňte jinou:

- a. Přesně je dodržuje.
- b. Spoléhá se na mne.
- c. Občas zapomene lék vzít.
- d. Často vynechá dávku léku.
- e. Odmítá lék užívat.
- f. Jinak

Pokud jinak,

Uveďte, jak se řídí pokyny k užívání léků: i

A 26. Vyjádřete se, prosím, k dodržování **léčebného režimu** Vašeho syna/Vaší dcery v době nemoci. Vyberte **jednu** odpovídající variantu nebo doplňte jinou:

- a. Přesně ho dodržuje
- b. Nevím, je sám/sama doma.
- c. Vcelku ho dodržuje.
- d. Občas se toulá venku.
- e. Někdy u lékaře simuluje nemoc.
- f. Jinak

Pokud jinak, doplňte jinou odpověď: i.....

.....
A 27. Navštěvoval/a od 15 let Váš syn/Vaše dcera **lékaře** sám, nebo v doprovodu Vás, či jiné dospělé osoby ? Označte jednu variantu odpovědi, eventuálně ji doplňte:

	Ano	Ne
a. Vždy šel/šla se mnou nebo s někým dospělým.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
b. Někdy šel/šla k lékaři sám/sama.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
c. Chodil/a už k lékaři sám/sama.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
d. Jinak	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Pokud jinak,

Upřesněte, jak: i.....

A 28. Kolikrát za posledních 12 měsíců:

(Napište 00, pokud nikdy).

- a. Viděl/a praktický/á lékař/ka syna/dceru v ordinaci, protože byl/a nemocný/á ?krát
b. Byl/a praktický/á lékař/ka u Vás doma, protože syn/dcera onemocněl/a ?krát
c. Byl/a mladistvý/á vyšetřen/a v nějaké odborné ambulanci (kožní, alergologické,.)?krát
d. Jste syna/dceru nechal/a pro nemoc nebo zdravotní potíže doma, aniž jste navštívili lékaře ?krát

A 29. Kolik dní v posledních 12 měsících byl/a mladistvý/á nemocen/na?

<input type="text" value="1"/>	00 - 14 dní	<input type="text" value="4"/>	více než 60 dní
<input type="text" value="2"/>	15 - 30 dní	<input type="text" value="5"/>	více než 90 dní
<input type="text" value="3"/>	více než 30 dní	<input type="text" value="6"/>	více než 120 dní

A 30. Podstoupil/a syn/dcera od 15 let nějakou **alternativní** metodu léčby (např. u léčitele nebo homeopatii, aromaterapii apod.)?

Ano	Ne
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Pokud NE, přejděte k otázce **A 31.**

Pokud ANO, popište, prosím:

- i. Metodu:.....
ii. Nemoc syna/dcery:
iii. Váš názor na výsledek léčby:
iv. Kolikrát mladistvý/á alternativní léčbu podstoupil/a?.....krát

A 31. Byl/a Váš syn/Vaše dcera od svých **patnácti let očkovan/a** proti nějaké přenosné nemoci ?

	Ano	Ne	
i. Virový zánět jater typu A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. Klíšťový zánět mozku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
iii. Meningokok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
iv. Chřipka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
v. Rakovina děložního čípku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	syn <input type="checkbox"/>
vi. Jiné očkování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pokud ANO,

uved'te: i.....
ii.....
iii.....

Pokud vše NE, přejděte k otázce **A 33.**

A 32. Vyskytly se po očkování v tomto období nějaké **nežádoucí reakce** ?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ANO, uveďte:

a. po kterém očkování:

i.....
ii.....

b. příznaky nežádoucí reakce: (otok a zarudnutí, vyrážka, horečka, atd):

i.....
ii.....
iii.....

V dalších otázkách se spolu zaměříme na období mezi **patnáctým** a **osmnáctým** rokem v souvislosti s **reprodukčním zdravím** Vašeho syna/Vaší dcery. Z biologického hlediska jde o období dokončování tělesného vývoje a dozrávání organismu. U chlapců v tomto období pokračuje růst do výšky, narůstá svalová a kostní hmota a zvyšuje se svalová síla. U obou pohlaví dozrávají reprodukční orgány. Dosud jsou fyziologické rozdíly ve stupni tělesného vývoje mezi jednotlivými mladistvými. Prosím o přesné a pečlivé odpovědi na otázky, jen tak nám poskytnou cenné údaje o populaci našich mladistvých.

A 33. První otázka je na **pohlaví** mladistvé/ho.

Sledovaný/á mladistvý/á je :

<input type="checkbox"/>	dívka	<input type="checkbox"/>	chlapec
--------------------------	-------	--------------------------	---------

A 34. Uved'te, prosím, následující údaje, pokud možno z období kolem **osmnáctých** narozenin mladistvé/ho:

- a. Váhakg
- b. Výškacm
- c. Velikost bot (34-49)

A 35. Kolik centimetrů **vyrostl/a** v období od **15 let** do **18 let věku**? Pokud už mladistvý/á nevyrostl/a, napište 00.

- a. Období od 15 do 16 letcm
- b. Období od 16 do 18 letcm

Následující otázky vyplňují pouze rodiče dívek. Rodiče chlapců přejdou k otázce A 41.

A 36. Byla již někdy Vaše dcera na gynekologické prohlídce?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ANO,
v kolika letech poprvé: i.....

A 37. Má již Vaše dcera menstruaci (měsíčky)?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ANO, přejděte k otázce **A 38.**
Pokud NE, uveďte zjištěnou příčinu: i.....

A 38. Uved'te, prosím,

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. zda má menses v osmnácti letech **nepravidelné**:
Pokud ANO, uveďte zjištěnou příčinu: i.....

b. zda má menses v osmnácti letech **bolestivé**:

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ANO,
i. bere dcera léky proti menstruační bolesti ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

c. zda má dcera případně **jinou** léčenou **poruchu menstruačního cyklu** (nadměrně silné krvácení, příliš častá menstruace, vynechání menstruace,.....)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Pokud ANO, uveďte ji, prosím:
i.....

A 39. Trpěla Vaše dcera během posledních **tří let** na **gynekologické záněty** (záněty rodidel, výtok, zánět vejcovodů,...) ?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud NE, přejděte k otázce **A 40.**

Pokud ANO,
a. Uved'te, zda se **opakuji** v posledních **12 měsících**:

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Uved'te, jaká je podle Vás **příčina** opakovaných zánětů rodidel u Vaší dcery:.....
.....

A 40. Měla/Má Vaše dcera **pohlavní styk** ?

Ano	Ne	Nevím
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Pokud NE, přejděte k otázkám v **sekci B**.

Pokud ANO, uveďte, prosím:

a. Má stálého partnera?

Ano	Ne	Nevím
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

b. S kolika partnery již měla pohlavní styk. Pokud nevíte, napište 99:.....

c. Chrání se při pohlavním styku?

Ano	Ne	Nevím
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Pokud ANO, jakým způsobem: i.....
ii.....

d. Prodělala Vaše dcera nějakou přenosnou **pohlavní chorobu** ?

Ano	Ne	Nevím
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Pokud ANO, uveďte, prosím,

i. Jakou:.....

ii. Má nějaké následky po této infekci?

Ano	Ne	Nevím
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Pokud ANO, uveďte, prosím, jaké: 1.....
.....

e. Byla/je Vaše dcera **gravidní**?

Ano	Ne	Nevím
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Pokud ANO, uveďte, prosím, jak jste graviditu dcery řešili: i.....
.....

Následující otázky vyplňují rodiče chlapců.

Rodiče dívek přejdou k sekci B.

A 41. Prodělal Váš syn během posledních **tří let** zánět varlete a (nebo) nadvarlete?

Ano	Ne
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

A 42. Měl/má Váš syn **pohlavní styk**?

Ano	Ne	Nevím
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Pokud NE, přejděte k **sekci B**.

Pokud ANO, uveďte, prosím:

a. Má stálou partnerku?

Ano	Ne	Nevím
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

b. S kolika partnerkami měl pohlavní styk? Pokud nevíte, napište 99:.....

c. Používá ochranu při pohlavním styku?

Ano

Ne

Nevím

1

2

9

Pokud ANO, uveďte, jakou: i.....

d. Prodělal Váš syn nějakou **pohlavně přenosnou chorobu**?

1

2

9

Pokud ANO, uveďte, prosím:

i. Jakou:.....

ii. Má nějaké následky po této infekci?

1

2

9

Pokud ANO, uveďte, prosím, jaké: 1.....

.....

S E K C E B : NEHODY A ÚRAZY

V této sekci se zaměříme na **úrazovost** mladistvých v období **mezi 15. až 18. rokem života**. V tomto období mladiství fyzicky dozrávají. Mají tendenci testovat meze svého organismu, svých schopností, riskují, mívají v oblibě "adrenalinové" zábavy. U některých mladistvých bývá jejich rizikové chování ovlivněno požitím návykové látky.

B 1. Měl/a syn/dcera v tomto období nějaký úraz **ve škole** ?

Ano

Ne

1

2

Pokud NE, přejděte k otázce **B 2**.

Pokud ANO,

a. Uveďte, kdo (co) byl/o příčinou úrazu:.....

b. Uveďte stručně děj úrazu:.....
.....

c. Uveďte, k jakému zranění došlo: i.....
ii.....
iii.....

d. Uveďte, kdo byl s mladistvým v době úrazu:.....

e. Uveďte, jaké ošetření bylo mladistvému poskytnuto touto osobou:.....
.....

Ano

Ne

1

2

f. Bylo nutné ošetření u lékaře?

Pokud ANO,

i. Byl mladistvý hospitalizován?

1

2

ii. Kolik dní trvalo léčení ?.....dní

1

2

g. Zůstaly po úrazu nějaké následky ?

Pokud ANO,

Uveďte, jaké: i.....
.....

B 2. Měl/a syn/dcera nějaký úraz **doma** ?

Ano

Ne

1

2

Pokud NE, přejděte k otázce **B 3**.

Pokud ANO,

a. Uveďte, kdo (co) bylo příčinou úrazu:.....

b. Uveďte stručně děj úrazu:
.....

c. Uved'te, k jakému zranění došlo: i.....
ii.....
iii.....

d. Uved'te, kdo byl s mladistvým v době úrazu:.....

e. Uved'te, jaké ošetření bylo mladistvému touto osobou poskytnuto:.....
.....

	Ano	Ne
f. Bylo nutné ošetření u lékaře ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pokud <u>ANO</u>,		
i. Byl mladistvý hospitalizován?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Kolik dní trvalo léčení?.....dní		
g. Zůstaly po úrazu nějaké následky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pokud <u>ANO</u>,		
Uved'te, jaké: i.....		

B 3. Měl/a syn/dcera nějaký úraz **při sportu** (mimo tělesnou výchovu ve škole), **hrách, rekreaci**?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud NE, přejděte k otázce **B 4.**

Pokud ANO,

a. Uved'te, kdo (co)byl/o příčinou úrazu:.....

b. Uved'te stručně děj úrazu:.....
.....

c. Uved'te, k jakému zranění došlo: i.....
ii.....
iii.....

d. Uved'te, kdo byl s mladistvým v době úrazu:.....

e. Uved'te, jaké ošetření bylo mladistvému touto osobou poskytnuto:.....
.....

	Ano	Ne
f. Bylo nutné ošetření u lékaře ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pokud <u>ANO</u>,		
i. Byl mladistvý hospitalizován ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Kolik dní trvalo léčení ?.....dní		
g. Zůstaly po úrazu nějaké následky ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pokud <u>ANO</u>,		
Uved'te, jaké: i.....		

B 4. Měl/a syn/dcera nějaký úraz při pobytu venku s kamarády ?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud NE, přejděte k otázce **B 5.**

Pokud ANO,

- a. Uveďte, čemu se v době úrazu věnovali:.....
.....
- b. Uveďte, kdo (co) byl/o příčinou úrazu:.....
.....
- c. Uveďte stručně děj úrazu:.....
.....
- d. Uveďte, k jakému zranění došlo: i.....
ii.....
iii.....
- e. Uveďte, jaká první pomoc byla mladistvému poskytnuta:.....
.....

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- f. Bylo nutné ošetření u lékaře ?

Pokud ANO,

i. Byl/a mladistvý/á hospitalizován/a ?

ii. Kolik dní trvalo léčení ?.....dní

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- g. Zůstaly po úrazu nějaké následky ?

Pokud ANO,

Uveďte, jaké: i.....
.....

B 5. Došlo u syna/dcery k tonutí ?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud NE, přejděte k otázce **B 6.**

Pokud ANO,

- a. Uveďte, kdo (co) byl/o příčinou tonutí:.....
.....
- b. Popište, prosím, děj úrazu:.....
.....
- c. Uveďte, k jakému zranění ještě došlo:.....
.....
- d. Uveďte, kdo byl s mladistvým v době tonutí:.....
.....
- e. Uveďte, jaké ošetření bylo mladistvému touto osobou poskytnuto:.....
.....

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- f. Bylo nutné ošetření lékařem ?

Pokud ANO,

i. Byl mladistvý hospitalizován ?

ii. Kolik dní trvalo léčení ?dní

g. Zůstaly mladistvému nějaké následky ?

Pokud ANO,

Uved'te, jaké: i.....
.....

Ano

Ne

Ano

Ne

B 6. Měl syn/dcera nějaký **dopravní** úraz ?

Pokud NE, přejděte k otázce **B 7.**

Pokud ANO,

a. Uved'te, kdo (co) byl/o příčinou úrazu:.....

b. Uved'te děj úrazu:.....
.....

c. Uved'te, k jakému zranění došlo: i.....
ii.....
iii.....

d. Uved'te, kdo byl s mladistvým v době úrazu:.....

e. Uved'te, jaké ošetření bylo mladistvému touto osobou poskytnuto:.....
.....

f. Bylo nutné ošetření u lékaře ?

Pokud ANO,

i. Byl mladistvý hospitalizován ?

ii. Kolik dní trvalo léčení ?.....dní

g. Zůstaly po úrazu nějaké následky ?

Pokud ANO,

Uved'te, jaké: i.....
.....

Ano

Ne

B 7. Byl/a (je) syn/dcera vystaven/a nějaké **agresi** (např. napadení, týrání, šikaně, zneužití,...)

Pokud NE, přejděte k otázce **B 8.**

Pokud ANO,

a. Uved'te, kdo agresi způsobil (působí):

b. Popište, prosím, děj agresivního chování:.....
.....

c. Popište, jaká újma na zdraví byla mladistvému způsobena: i.....
ii.....
iii.....

Ano

Ne

- | | Ano | Ne |
|---|--------------------------|--------------------------|
| d. Bylo nutné ošetření lékařem ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pokud <u>ANO</u>, | | |
| i. Byl mladistvý hospitalizován ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. Kolik dní trvalo léčení ?.....dní | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Zůstaly mladistvému nějaké následky? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pokud <u>ANO</u>, uveďte, jaké: i..... | | |
| | | |

- | | Ano | Ne |
|--|--------------------------|--------------------------|
| f. Byl (je) tento problém řešen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pokud <u>ANO</u>, uveďte: | | |
| i. S kým byl problém řešen:..... | | |
| | | |
| ii. Jakým způsobem byl řešen:..... | | |
| | | |
| g. Jak vypadá tento problém v současné době ?..... | | |
| | | |

B 8. Došlo u Vašeho syna/Vaší dcery v tomto období k **otravě (předávkování léků)** ?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud NE, přejděte k otázce **B 9**.

Pokud ANO,

- a. Uveďte látku (lék), která otravu způsobila:.....
- b. Uveďte, za jakých okolností k otravě došlo:.....
- c. Uveďte, kde k otravě došlo:.....
- d. Uveďte příznaky otravy: i.....
 ii.....
 iii.....
- e. Uveďte, kdo byl s mladistvým v době, kdy k otravě došlo:.....
- f. Uveďte, jaká první pomoc byla mladistvému touto osobou poskytnuta:.....
-

- | | Ano | Ne |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| g. Bylo nutné ošetření lékařem ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pokud <u>ANO</u>, | | |
| i. Byl mladistvý hospitalizován ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. Kolik dní trvalo léčení ?.....dní | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

h. Zůstaly po otravě nějaké následky ?

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

Uved'te, jaké: i.....
.....

B 9. Způsobil/a si (nebo se o to pokusil/a) syn/dcera újmu na zdraví **úmyslným sebepoškozením** (pokusem o sebevraždu, sebezohavení,...) ?

Ano

Ne

1

2

Pokud NE, přejděte k otázce **B 10.**

Pokud ANO, uveďte:

a. Co ho/ji k tomu motivovalo ?.....
.....

b. Popište, prosím, děj autoagresivního chování:.....
.....

c. Uveďte, k jakému zranění (poškození organismu) došlo: i.....

ii.....

iii.....

d. Uveďte, kdo mladistvého objevil:.....

e. Uveďte, jaké ošetření bylo mladistvému touto osobou poskytnuto:.....
.....

Ano

Ne

1

2

f. Bylo nutné ošetření lékařem ?

Pokud ANO,

i. Byl mladistvý hospitalizován ?

1

2

ii. Kolik dní trvalo léčení ?.....dní

1

2

g. Zůstaly mladistvému nějaké následky ?

Pokud ANO,

Uved'te, jaké: i.....
.....

h. Uveďte, jak jste tento problém řešila:.....
.....

Ano

Ne

1

2

i. Svěřili jste se do péče nějakého odborníka (psychiatra, psychologa,...) ?

Pokud ANO,

Uved'te, jakého: 1.....

B 10. Měl Váš syn/Vaše dcera některý druh výše uváděných úrazů **opakovaně** ?

Ano

Ne

1

2

Pokud NE, přejděte k otázce **B 11.**

Pokud ANO,

- a. Uveďte, který:.....
b. Uveďte, kdo (co) úraz zavinil(o):.....
c. Uveďte děj úrazu:.....
.....
d. Uveďte, k jakému zranění došlo: i.....
ii.....
iii.....
e. Uveďte, kdo byl s mladistvým v době úrazu:.....
f. Uveďte, jaké ošetření bylo mladistvému touto osobou poskytnuto:.....
.....

g. Bylo nutné ošetření lékařem?

Ano	Ne
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Pokud ANO,

- i. Byl mladistvý hospitalizován ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------

ii. Kolik dní trvalo léčení ?.....dní

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------

h. Zůstaly po úrazu nějaké následky ?

Pokud ANO,

Uveďte, jaké: i.....
.....

B 11. Byl Váš syn/Vaše dcera při některém úrazu **pod vlivem alkoholu** nebo jiné **návykové látky** ?

1 <input type="checkbox"/>	Ano	2 <input type="checkbox"/>	Ne	9 <input type="checkbox"/>	Nevím
----------------------------	------------	----------------------------	-----------	----------------------------	--------------

Pokud NE, přejděte k otázce **B 12.**

Pokud ANO,

Uveďte, o jakou látku šlo: i.....
.....

B 12. Má syn/dcera po úrazu sníženou pracovní schopnost ?

Ano	Ne
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

B 13. Má syn/dcera po úrazu trvalou pracovní neschopnost ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------

SEKCE C: RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY

C 1. Vyskytovaly se (vyskytují se) u Vašeho syna/Vaší dcery **opakovaně** v posledních třech letech některé z následujících **potíží (problémů)**? Vyjádřete se, prosím, ke všem.

	Ano, a byl/a u lékaře	Ano, ale u lékaře nebyl/a	Ne, neměl/a
a. Bolesti hlavy	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
b. Poruchy spánku	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
c. Nervozita	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
d. Změny nálad	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
e. Zapomnětlivost	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
f. Dlouhodobá rýma	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
g. Dlouhodobý kašel	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
h. Kolaps (mdloba)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
i. Zvýšená teplota či horečka	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
j. Bolesti břicha	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
k. Zvracení	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
l. Průjem	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
m. Zácpa	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
n. Vyrážka	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
o. Úbytek hmotnosti	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
p. Bledost	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
q. Únavnost	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
r. Nadměrné pocení	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
s. Třes	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
t. Jiné	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	

Pokud NE, přejděte k otázce C 2.

Pokud ANO,
 uveďte je a označte, zda byl/a u lékaře:

	Ano, byl/a	Nc, nebyl/a
1..... i.	1	2
2..... i.	1	2
3..... i.	1	2
4..... i.	1	2
5..... i.	1	2

C 2. Byly tyto potíže způsobeny nějakou nemocí?

Ano	Nc	Nevím
1	2	9

Pokud ANO,
 uveďte, jakou: i.....
 ii.....

C 3. Nyní se zaměříme na případné změny chování Vašeho syna/Vaší dcery v období posledních tří let.

a. Změnilo se chování Vašeho syna – Vaší dcery? Vyberte jednu variantu odpovědi.

V kladném smyslu ano

Neliší se mnoho od vrstevníků

Nevšiml/a jsem si

Ano, k horšímu

Pokud jste označil/a odpověď 1, 2 nebo 3, přejděte k otázce C 5.

Pokud jste označil/a číslo 4, pokračujte ve vyplňování otázek C 3 a C 4.

b. Zhoršilo se jeho/její chování vůči Vám?

Ano	Nc
1	2

Pokud ANO,

i. V jakém smyslu?.....

c. Zhoršil se jeho/její prospěch ve škole?

Ano	Nc
1	2

Pokud ANO,

i. Upřesněte:.....

d. Dřívější záliby opustil/a a má novou partu?

Ano
1

Ne
2

Pokud ANO,

i. Uprávněte:.....

e. Utrácí více peněz nebo prodává věci?

Ano
1

Ne
2

Pokud ANO,

i. Uveďte, za co peníze utrácí:.....

f. Nemohu se na něho/ni spolchnout

Ano
1

Ne
2

g. Jiné zhoršení chování Vašeho syna/Vaší dcery

Ano
1

Ne
2

Pokud ANO,

i. Uveďte, jaké:.....

C 4. Napište, jakou vidíte **příčinu** zhoršeného chování Vašeho syna/Vaší dcery:

.....

.....

C 5. Myslíte si, že Váš syn/Vaše dcera **kouří**? Vyberte jednu variantu odpovědi.

Ne, odsuzuje kouření

1

Ne, nezajímá ho/ji

2

Ne, jen asi vyzkoušel/a, jaké to je

3

Domnívám se, že ano

4

Zjistil/a jsem, že ano

5

Ano, je pravidelný/á kuřák/kuřačka

6

Nevím

9

C 6. Domníváte se, že Váš syn/Vaše dcera pije alkoholické nápoje? Vyberte jednu variantu odpovědi.

Ne, odsuzuje požívání alkoholu

1

Ne, nezajímá ho/ji to

2

Ne, ale vyzkoušel/a, jaké to je

3

Domnívám se, že občas malé množství ano

4

Zjistil/a jsem, že pravidelně asi 1 x týdně ano

5

Ano, alkohol požívá ve větším množství pravidelně

6

Nevím

9

C 7. Domníváte se, že Váš syn/Vaše dcera užívá drogy? Vyberte jednu variantu odpovědi.

Ne, odsuzuje požívání drog

1

Ne, nezajímá ho/ji to

2

Ne, ale vyzkoušel/a, jaké to je

3

Domnívám se, že ano

4

Zjistil/a jsem, že ano

5

Ano, drogu bere pravidelně

6

Nevím

9

C 8. Domníváte se, že Váš syn/Vaše dcera zneužívá nějaké léky (např. léky na uklidnění, na spaní, od bolesti...)? Vyberte jednu variantu odpovědi.

Ne, odsuzuje nadužívání léků

1

Ne, nezajímá ho/ji to

2

Ne, lék tohoto druhu užije zcela výjimečně

3

Domnívám se, že ano

4

Zjistil/a jsem, že ano

5

Ano, léky tohoto druhu bere pravidelně/často

6

Nevím

9

Pokud **NE** nebo **NEVÍM**, přejděte, prosím, k otázce C 11.

Pokud **ANO**, tedy pokud jste některou z otázek C 5, C 6, C 7 nebo C 8 zodpověděl/a označením varianty 4, 5 nebo 6, pokračujte, prosím, ve vyplňování:

C 9. Uveďte konkrétně, o **jakou drogu (lék)** jde, pokud je jich více, uveďte všechny, prosím:

- i.....
- ii.....
- iii.....
- iv.....
- v.....

C 10. Obrátili jste se při řešení problému na nějakého odborníka?

Označte jednu variantu odpovědi:

- 1 - Ne, nemyslím, že jde o problém.
- 2 - Ne, zatím řešíme problém sami.
- 3 - Ne, nevíme, na koho se obrátit.
- 4 - Ne, ale chystáme se k tomu.
- 5 - Ne, řešíme problém jiným způsobem.
- 6 - Ano, problém řešíme spolu s odborníkem.

1
2
3
4
5
6

Doplňte, prosím, Vaši odpověď: i.....

ii.....

iii.....

C 11 a. Měl/a Váš syn/Vaše dcera v **posledních třech letech větší potíže s chováním** (např. se záškoláctvím, pozdními návraty domů, agresivitou, podvody, krádežemi, mravnostními delikty...)?

Ano
1

Ne
2

Pokud **NE**, přejděte k otázce C 12.

Pokud **ANO**,

Popište je, prosím:

- i.....
- ii.....
- iii.....

b. Byl/a kvůli tomu někdy vyšetřován/a **odborníkem**?

Ano
1

Ne
2

Pokud ANO, uveďte, kterým: i.....

c. V kterém věku se poruchy chování objevily **poprvé**?

Před patnáctým rokem

1

V patnácti letech

2

V šestnácti letech

3

V sedmnácti letech

4

V osmnácti letech

5

d. Uveďte, prosím, možnou **příčinu** zhoršeného chování:.....

e. Uveďte, jaká **institucionální opatření** byla provedena:

i.....

ii.....

f. Existují tyto problémy ještě **nynt**?

Ano
1

Ne
2

g. Přijali jste Vy, **rodiče**, nějaká zvláštní **opatření**?

Pokud ANO,

Uveďte, jaká:

i.....

ii.....

C 12. Označte, jaký **nápoj** pije Váš syn/Vaše dcera během dne **nejvíce**:

Koncentrované džusy, mošty

1

Slazené minerálky

2

Slazený černý čaj

3

Kávu

4

Limonády (i ze sirupu)

5

Neslazené minerálky

6

Neslazené ovocné nebo zelené čaje

7

Neslazené ovocné šťávy, ředěné džusy 1:1, stolní vodu

Něco jiného

Pokud pije něco jiného, upřesněte: i.....

- C 13. Jí Váš syn/Vaše dcera v pravidelných intervalech 5x - 6x denně? Dodržuje pitný režim?**
Jste spokojen/a se skladbou potravy Vašeho syna/Vaší dcery? Jí Váš syn/Vaše dcera zdravě?
Uveďte, co si myslíte, že by se v jeho/jejím stravování mělo zlepšit. Vyjádřete se, prosím, ke
Všem odpovědím, případně doplňte další vhodnou změnu ve stravování Vašeho syna/Vaší
dcery.

	Ano, to bychom měli zlepšit	To je u nás v pořádku
a. Dospívající by měl/a jíst více (polotučných) mléčných výrobků a libového masa.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
b. Měl/a by omezit fast food (hamburgery, párky v rohlíku, hranolky...).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
c. Měl/a by jíst více mořských ryb pro zvýšení obsahu jódu ve stravě.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
d. Měl/a by jíst méně smažených jídel.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
e. Měl/a by mít více čerstvého ovoce.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
f. Měl/a by jíst méně sladkostí.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
g. Měl/a by jíst více čerstvé zeleniny.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
h. Měl/a by omezit ve stravě uzeniny.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
i. Měl/a by zvýšit příjem celozrnných výrobků.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
j. Měl/a by mít tuk v potravě více v podobě rostlinných olejů (než živočišných tuků).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
k. Měl/a by jíst více luštěnin (pro kvalitní bílkovinu a vysoký obsah vlákniny).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
l. Měl/a by ráno snídat.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
m. Měl/a by omezit solení.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
n. Měl/a by vypít alespoň 2,5 l tekutin denně.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
o. Měl/a by pít stolní vody, minerální vody, ovocné nebo zelené čaje, ředěné džusy.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

p. Měl/a by omezit vysokoenergetické nápoje (Coca-cola...)

1

2

q. Měl/a by jíst 5x - 6x denně menší dávky stravy.

1

2

r. Jiné vhodné a zdraví prospěšné změny ve stravování Vašeho syna/Vaší dcery?

Ano
1

Ne
2

Pokud ANO,

Uveďte je: i.....

ii.....

C 14. Jaké jsou stravovací návyky Vašeho syna/Vaší dcery?

a. Omezuje příjem některých druhů potravy?

Ano
1

Ne
2

Nevím
9

Pokud ANO,

Napište, kterých: i.....

ii.....

b. Přestal/a jíst některé druhy potravy?

Ano
1

Ne
2

Nevím
9

Pokud ANO,

Napište, které: i.....

ii.....

c. Dává přednost některým druhům potravy?

Ano
1

Ne
2

Nevím
9

Pokud ANO,

Napište, kterým: i.....

ii.....

d. Drží redukční dietu (omezuje se v jídle)?

Ano
1

Ne
2

Nevím
9

Pokud ANO,

Popište, prosím: i.....

.....

e. Jídlo konzumuje stranou, vyvolává si zvracení, užívá projimadla, často se váží?

Ano
1

Ne
2

Nevím
9

Pokud ANO,

Doplňte odpověď: i.....

ii.....

f. Přejídá se a potom úmyslně zvrací?

Ano
1

Ne
2

Nevím
9

Pokud ANO,

Upřesněte, prosím: i.....

.....

g. Přejídá se opakovaně, má nadváhu, obezitu? **Ano** **Ne** **Nevím**
1 2 9

Pokud ANO,

Upřesněte, prosím: i.....
.....

h. Jsou nějaké jiné problémy se stravováním **Ano** **Ne** **Nevím**
Vašeho syna/Vaší dcery? 1 2 9

Pokud ANO,

Popište, jak: i.....
.....

C 15. Pokud má Váš syn/Vaše dcera některé z výše uvedených stravovacích problémů (kladně zodpovězená otázka **C 14 e-g**), pokračujte, prosím, ve vyplňování.

Pokud NE, nebo jste kladně zodpověděl/a otázka C 14 a-d, přejděte k otázce C 16.

a. V kterém věku dospívající/ho se stravovací problémy objevily?

V patnácti letech

V šestnácti letech

V sedmnácti letech

V osmnácti letech

V dřívějších letech

Pokud jste označil/a 5, prosím, uveďte věk začátku stravovacích problémů: i.....let

b. Jaká je podle Vás příčina stravovacích problémů Vašeho syna/Vaší dcery?
.....

c. Obrátil/a jste se kvůli tomu na někoho (např. odborníka)?

Ano
1

Ne
2

Pokud ANO,

i. Uveďte, na koho:.....
.....

ii. Uveďte, jak problém řešíte:.....
.....

- C 16. Má syn/ dcera nadváhu nebo je obézní?**
- | | Ano | Ne |
|--|-----|----|
| | 1 | 2 |
- Pokud NE, přejděte k otázce C 17.**
Pokud ANO, uveďte, prosím, co je toho podle Vás příčinou. Vyjádřete se ke všem příčinám:
- a. Je to u nás dědičná záležitost.
- | | Ano | Ne |
|--|-----|----|
| | 1 | 2 |
- b. Ji nadměrně kalorická jídla (tučná jídla, hodně sladkostí,...).
- | | Ano | Ne |
|--|-----|----|
| | 1 | 2 |
- c. Přejídá se.
- | | Ano | Ne |
|--|-----|----|
| | 1 | 2 |
- d. Má špatné stravovací návyky.
- | | Ano | Ne |
|--|-----|----|
| | 1 | 2 |
- e. Má nedostatek pohybu.
- | | Ano | Ne |
|--|-----|----|
| | 1 | 2 |
- f. Jiná příčina.
- | | Ano | Ne |
|--|-----|----|
| | 1 | 2 |
- Pokud jiná příčina, uveďte ji, prosím: i.....**

- C 17. Je Váš syn/Vaše dcera osvobozen/a od cvičení ve školní tělesné výchově?**
- | | Ano | Ne | Již
nestuduje |
|--|-----|----|------------------|
| | 1 | 2 | 3 |
- Pokud ANO,**
 i. Uveďte příčinu:.....

- ii. Je osvobozen/a:
- | | Částečně | Úplně |
|--|----------|-------|
| | 1 | 2 |

- C 18. Provozuje Váš syn/Vaše dcera závodně nějaký sport?**
- | | Ano | Ne |
|--|-----|----|
| | 1 | 2 |
- Pokud ANO,**
 i. Uveďte druh sportu:.....

- C 19. Cvičí v nějakém sportovním kroužku, klubu?**
- | | Ano | Ne |
|--|-----|----|
| | 1 | 2 |
- Pokud ANO,**
 Uveďte druh sportu: i.....
 ii.....

- C 20. Jak dlouhou dobu průměrně denně věnuje Váš syn/Vaše dcera sportu v mimoškolním čase?**
 Označte, prosím, vhodnou variantu odpovědi.

Méně než 10 minut

1

10 až 19 minut

2

20 až 29 minut	<input type="text" value="3"/>
30 až 39 minut	<input type="text" value="4"/>
40 až 49 minut	<input type="text" value="5"/>
50 až 59 minut	<input type="text" value="6"/>
1 hodinu až 1 hodinu a 30 minut	<input type="text" value="7"/>
1 hodinu a 30 minut až 2 hodiny	<input type="text" value="8"/>
Více než 2 hodiny	<input type="text" value="9"/>

C 21. Myslíte si, že má Váš syn/Vaše dcera ze sportu nějaké zdravotní problémy?

Ano	Ne
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Pokud ANO,

Uveďte, jaké: i.....
ii.....

C 22. Kolik hodin průměrně denně vykonává Váš syn/Vaše dcera nějakou činnost vsedě?

a. ve škole nebo při jiné pracovní činnosti:

4 hodiny	<input type="text" value="1"/>
5 hodin	<input type="text" value="2"/>
6 hodin a více	<input type="text" value="3"/>

b. u počítače, televize, videa a svých zálib:

Půl hodiny	<input type="text" value="1"/>	3 hodiny	<input type="text" value="4"/>
1 hodinu	<input type="text" value="2"/>	4 hodiny	<input type="text" value="5"/>
2 hodiny	<input type="text" value="3"/>	5 hodin a více	<input type="text" value="6"/>

C 23. Má Váš syn/Vaše dcera vadné držení těla?

Ano	Ne
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Pokud ANO,

a. Stěžuje si na bolesti zad po zátěži?

<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
--------------------------------	--------------------------------

b. Byl/a pro tyto potíže vyšetřen/a odborníkem?

<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
--------------------------------	--------------------------------

c. Podstoupil/a rehabilitační cvičení?

d. Cvičí zádové svaly alespoň 3x týdně?

Pokud ANO,

i. Uved'te, jak dlouhou dobu průměrně denně cvičí (v minutách):.....

C 24. Má Váš syn/Vaše dcera ploché nohy?

Ano

Ne

Pokud ANO,

a. Stěžuje si poslední tři roky na bolesti nohou při delším stání, chůzi?

b. Byl/a vyšetřen/a u odborného lékaře?

c. Nosí ortopedické vložky, případně ortopedickou obuv?

C 25. Léčí se Váš syn/Vaše dcera v období posledních tří let pro nějakou poruchu řeči?

Ano

Ne

Pokud ANO,

a. Popište ji, prosím:.....
.....

Ano

Ne

b. Navštěvuje logopeda?

c. Navštěvuje psychologa?

Pokud ANO,

i. Od jakého věku?.....let

d. Jak byl/a (je) porucha řeči Vašeho syna/Vaší dcery léčen/a?

i.....

ii.....

e. Došlo ke zlepšení stavu?

f. Popište současný stav:.....
.....

- C 26. Má Váš syn/Vaše dcera potíže:
- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ano | Ne |
| | 1 | 2 |
| a. S udržením moči ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. S udržením stolice ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C 27. Vyskytly se v **posledních třech letech** ještě nějaké jiné zdravotní problémy, které nebyly zmíněny v sekci A, ani v předcházejících otázkách sekce C?

Ano	Ne
1	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud **ANO**,

Uveďte, prosím, tři nejzávažnější zdravotní problémy:

a. První problém:

- i. Popište zdravotní problém, prosím:.....

- ii. Kterého odborníka jste navštívili?.....
- iii. Kolik bylo Vašemu synovi/Vaší dceři let, když jste poprvé s tímto problémem odborníka navštívili?
Napište 88, pokud jste ho ještě nenavštívililet
- iv. Co se zjistilo?.....
- v. Jak byl/a Váš syn/Vaše dcera léčen/a?

b. Druhý problém

- i. Popište zdravotní problém, prosím:.....

- ii. Kterého odborníka jste navštívili?.....
- iii. Kolik bylo Vašemu synovi/Vaší dceři let, když jste poprvé s tímto problémem odborníka navštívili?
Napište 88, pokud jste ho ještě nenavštívili.let
- iv. Co se zjistilo?.....
- v. Jak byl/a Váš syn/Vaše dcera léčen/a?

c. Třetí problém

i. Popište zdravotní problém, prosím:.....
.....

ii. Kterého specialistu jste navštívili?.....

iii. Kolik bylo Vašemu synovi/Vaši dceři let, když jste poprvé s tímto problémem specialistu navštívili?

Napište 88, pokud jste ho ještě nenavštívili.

.....let

iv. Co se zjistilo?.....

v. Jak byl/a Váš syn/Vaše dcera léčen/a?.....
.....

C 28. Navštívil/a Váš dospívající syn/Vaše dospívající dcera v posledních třech letech zubního lékaře?

Vyberte, prosím jednu odpověď:

Ano a byl/a léčen/a

Ano, ale jen kvůli preventivní prohlídce

Ne, nenavštívil/a

Pokud ANO, a byl/a léčen/a, označte, o jakou léčbu šlo:

a. Měl/a plombované zuby?

Ano

Ne

Pokud ANO,

i. Kolik trvalých zubů měl/a zaplombovaných celkem?

.....zuby

b. Měl/a vytržený trvalý zub?

Ano

Ne

Pokud ANO,

i. Kolik trvalých zubů měl/a vytržených celkem?

.....zuby

c. Byl/a léčen/a pro úraz se ztrátou zubů?

Ano

Ne

Pokud ANO,

i. O kolik trvalých zubů přišel/přišla celkem?

.....zuby

C 34. Má v 18 letech Váš dospívající syn/Vaše dospívající dcera nějaké zlozvyky?

Ano

Ne

Pokud ANO,

Uveďte, jak: i.....

ii.....

SEKCE D: SPÁNEK A HYGIENICKÉ NÁVYKY

D 1 a. Má Váš/Vaše dospívající pravidelný režim spánku (chodí večer spát a budí se ráno denně ve stejnou hodinu)?

Ano

Ne

1

2

Pokud NE,

i. Uveďte, proč:.....

b. Kolik hodin (průměrně) spí:

V pracovních dnech

Ve dnech volna

i. v noci

1.....

2.....

ii. eventuálně ve dne

1.....

2.....

c. Kde syn/dcera spí?

Sám/sama ve svém pokoji

1

V pokoji se sourozenci

2

V ložnici rodičů

3

V místnosti s jinými dospělými

4

Jinde

5

Pokud jinde,

i. uveďte, prosím, kde:.....

D 2. Trpí nějakou poruchou spánku ?

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO, upřesněte:

i. Má problém usnout?

1

2

ii. V noci se budí?

1

2

iii. Ráno je časně vzhůru?

1

2

iv. Má noční děsy?

1

2

v. Chrápe?

1

2

vi. Je náměsíčný/á?

1

2

vii. Má jinou poruchu spánku?

1

2

Pokud ANO,

i. popište ji:.....

D 3. Užívá nějaké léky na spaní ?

Ano

Ne

1

2

Pokud ANO,

Uveďte, prosím:

i. Jak často?

Ojedinele, méně než jednou týdně

1

Jednou až dvakrát týdně

2

Třikrát až pětkrát týdně

3

Denně

4

D 4. Topí se v topné sezóně v místnosti v době spánku dospívajícího?

Ano, vždy

1

Ano, někdy

2

Ano, ale před spaním místnost větrám

3

Ne, nikdy

4

D 5. Spí syn/dcera při otevřeném okně v teplejším období? Vyberte jednu odpověď.

Ne, nikdy

1

Ne, mám k tomu důvody

2

Ano, někdy

3

Ano, stále

4

i. Případně doplňte:.....

D 6. Kolik hodin denně průměrně stráví Váš syn/Vaše dcera někde venku? Uveďte, kde nejčastěji.

a. v pracovních dnech: i.....hodin

a.ii.(kde).....

b. ve volných dnech: i.....hodin

b.ii.(kde).....

D 7. Jak často si **čistí zuby**?

Častěji než dvakrát denně

1

Dvakrát denně

2

Jednou denně

3

Občas

4

Nečistí si zuby

5

D 8. Čistí si zuby také dentální nití nebo mezizubním kartáčkem?

Ano

Ne

1

2

D 9. Jaké jsou **hygienické návyky** Vašeho syna/Vaší dcery?

a. Umývá si ruce před jídlem?

Ano, vždy

1

Ano, většinou ano

2

Někdy

3

Málokdy

4

Nikdy

5

b. Umývá si ruce po použití WC?

Ano, vždy

1

Většinou ano

2

Někdy

3

Málokdy

4

Nikdy

5

c. Jak často se **koupe** nebo sprchuje ?

Častěji než jedenkrát denně

1

Jedenkrát denně

2

Častěji než jedenkrát týdně

3

Jedenkrát týdně

4

Méně než jednou týdně

5

SEKCE E : ZÁVĚR

E 1. Dotazník vyplnil :

	Ano	Ne
a. Matka dítěte	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
b. Otec dítěte	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
c. Někdo jiný	<input type="text" value="1"/>	

Pokud někdo jiný, uveďte kdo: i.....

E 2. Datum vyplnění tohoto dotazníku:

.....

E 3. Chtěli byste nám sdělit ještě něco dalšího, na co jsme se v tomto dotazníku nezeptali ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D Ě K U J E M E V Á M Z A V Y P L N Ě N Í !!!

Kodér:

--	--

Operátor:

--	--

Kód spolupráce:

--	--

Garance výzkumu

Všechny informace, které jste nám poskytli/a, jsou zcela důvěrné a budou zpracovány pouze hromadně. Nikdo nebude mít možnost žádným způsobem spojit informace obsažené v tomto dotazníku s Vaším jménem.

Doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc.
odpovědný řešitel projektu ELSPAC pro ČR,
mezinárodní koordinátor projektu ELSPAC a
vedoucí Výzkumného pracoviště preventivní
a sociální pediatrie
pracoviště Bieblova 16, 613 00 Brno
Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno
e-mail: lubomir.kukla@tiscali.cz



Lékařská fakulta
Komenského nám. 2
662 43, Brno

Tel.: 549 491 111
Fax: 542 213 996

Výzkumné pracoviště
preventivní a sociální pediatrie
Bieblova 16
613 00, Brno

Tel.: 545 212 125, 545 211 529
Fax: 545 214 146
E-mail: lubomir.kukla@tiscali.cz
<http://www.med.muni.cz/elspac>