

Príloha 1

Svetová zdravotnícka organizácia, Kodaň, Dánsko
Ústav zdravia dieťaťa, Univerzita Bristol, Veľká Británia,
Ústav preventívnej a klinickej medicíny, Bratislava, Slovensko

riešia

výskumný projekt

EURÓPSKA LONGITUDINÁLNA ŠTÚDIA TEHOTENSTVA A DETSTVA
(ELSPAC)



ZDRAVOTNÝ STAV V PIATICH ROKOCH

(Dotazník F 4)

Uveďte iba údaje týkajúce sa veku 3-5 rokov
veku dieťaťa

Meno dieťaťa:

Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--

Adresa:

.....
.....

Meno matky:

Rodné číslo matky:

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--

Po vyplnení pošlite dotazník na adresu :

Odd.epidemiológie a biometriky
ÚPKM
Limbová 14
833 01 Bratislava

SEKCIA A: RAST

A 1) Prosím, vyplňte údaje o hmotnosti a výške, dostupné zo záznamu od 3 rokov veku:

	Dátum	Hmotnosť	Výška
1.	XX/XX/XX 199.	XXXXXX g	XXXXXX cm
2.	199.	g	cm
3.	199.	g	cm

A 2. Celkový vzhľad - somatotyp :

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | ektomorf (astenický) |
| 2 | mesomorf (normostenický) |
| 3 | endomorf (pastózny) |
| 4 | disproporcionálny |

A 3. a) Je výživa dieťaťa vekovo primeraná ?

áno ☒ 1 nie ☒ 2

Ak n i e,

b) Dostáva dieťa špeciálnu diétu (trvajúcu minimálne 1 mesiac) od 3 rokov veku ?

áno ☒ 1 nie ☒ 2

Ak á n o,

1. Upresnite, prosím, akú :

..... *1. špeciálna diéta* XXX

2. V akom období túto diétu dieťa dostávalo ? (Vyjadrite vo veku dieťaťa)

od	do
XX roky XX mesiace	XX roky XX mesiace
X XX	X XX

c) Dostáva dieťa alternatívnu výživu (napr. vegetariánsku)

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak á n o,

Prosím, upresnite :
.....

d) Sú ešte nejaké odchylky vo výžive dieťaťa ?

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak á n o, uveďte, prosím :

.....
.....

A 4. Ktoré z uvedených očkovani bolo vykonané v sledovanom období ?

Áno Nie

☐ 1 ☐ 2
☐ 1 ☐ 2

a) DiTePe

b) Iné očkovanie

Ak á n o, uveďte prosím:

Druh očkovania :

1.
2.
3.

c) Podľa očkovacieho kalendára v 5 rokoch veku teda chýba
očkovanie proti :

i. Dôvod :

A 5. Koľko má dieťa v súčasnej dobe zubov ?

a) Počet zubov : 1.mliečnych
2.stálych.....

b) Aký je stav chrupu ?

☐ 1 bez patologického nálezu
☐ 2 kariézny, sanovaný
☐ 3 kariézny, nesanovaný
☐ 4 malformovaný
☐ 5 sfarbený
☐ 6 iný

prosím, uveďte :

A 6. Má dieťa chybu skusu či malformáciu čeluste ?

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak áno,

Prosím, popíšte presne :

A 7. Boli podávané dieťaťu niekedy tablety NaF ?

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak áno,

a) Bola dávka odpovedajúca veku?

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Prípadné odchylky, prosím uveďte :

b) Ako dlho dieťa užívalo (užíva) tablety NaF?
(Uveďte, prosím vek dieťaťa)

odroky.....mesiac
doroky.....mesiac

SEKCIA B : VÝVOJ

B 1 a) Bol od 3.roku veku kontrolovaný mentálny vývoj alebo motorika dieťaťa?

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak áno

b) Zistili sa nejaké nové abnormality v období 3-5 rokov?

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | áno, jasnú abnormalitu |
| 2 | áno, pravdepodobná abnormalita |
| 3 | nie |
| 9 | nie je známe (NZ) |

Ak n i e, prejdite k B 2.

Ak á n o,

c) Čo sa urobilo?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | poslané k špecialistovi |
| 2 | čakalo sa a sledoval sa vývoj |
| 3 | nepokladalo sa to za dôležité |
| 9 | NZ |

d) O aký druh abnormality sa jednalo, príp. dg. choroby ktorej bola súčasťou:

e) Aký typ liečby dieťa dostávalo od 3 rokov pri tejto chybe? (Prosím, uveďte lieky, rehabilitáciu a príp. iný typ terapie).

.....
.....

f) Prosím, uveďte aký je stav teraz, príp. či sa úplne upravil a či nevyžaduje zvýšenú starostlivosť:

.....
.....

B 2. Používa dieťa pri svojich činnostiach častejšie:

- | | |
|---|----------------|
| 1 | pravú ruku |
| 2 | ľavú ruku |
| 3 | obidve rovnako |
| 9 | nedá sa zistiť |

B 3. Udržiava dieťa telesnú čistotu (pomočovanie a pošpiňovanie)?

- | | Áno | Nie |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a) Len v noci | ☐ 1 | ☐ 2 |
| b) Cez deň i v noci | ☐ 1 | ☐ 2 |
| c) Nepomôže sa | ☐ 1 | ☐ 2 |
| ☒ Nemožno zistiť | | |
| Pokiaľ á n o, | | |
| i) Malo suchý interval? | ☐ 1 | ☐ 2 |
| ii) Ako často sa teraz pomôže? | | |
|krát za mesiac | | |

- iii) Aká je zistená príčina pomočovania?
Prosím, uveďte:

xxx
f. unruh

B 4. a) Vyskytuje sa u dieťaťa občasná enkopresis?

áno ☐ 1 nie ☐ 2

b) Ak á n o, ako často a z akej príčiny?

počet (mesačne)

1. xxx

príčina

2. xxx

SEKCIA C : SLUCH

C 1a) Bol vyšetrovaný dieťaťu sluch od 3 rokov?

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak á n o,

C 1b) Zistili sa nejaké nové abnormality po 3 rokoch veku?

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | áno, jasná abnormalita |
| 2 | áno, pravdepodobná abnormalita |
| 3 | nie |
| 9 | nie je známe |

Ak á n o,

i) Popíšte abnormalitu/ty (vrátane toho, či sa jedná o jednostrannú či obojstrannú):

xxx
f. unruh
6

SEKCIA D: ZRAK

D 1 a) Bol dieťaťu vyšetrovaný zrak od 3 rokov?

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak á n o,

b) Zistili sa nejaké nové abnormality po 3 rokoch veku?

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | áno, jasná abnormalita |
| 2 | áno, pravdepodobná abnormalita |
| 3 | nie |
| 9 | nie je známe |

Ak á n o,

i) Popíšte abnormalitu/ty, vrátane doplnenia vizu

xxx
f. unruh

ii) Keď sa u dieťaťa vyskytol strabizmus, popíšte ho, prosím:

xxx
f. unruh

iii) Akú má (malo) dieťa liečbu?

xxx
f. unruh

c) Koľko farieb dieťa dokáže pomenovať?

xxx
f. unruh

d) Je u dieťaťa podozrenie na poruchu z farbocitu?
(Je podozrenie, že farby nerozliší?)

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak á n o, o aké farby sa jedná ?

Farbi *XX*

SEKCIA E : ROZVOJ REČI

E 1. Zodpovedá teraz jeho slovný prejav obsahovo a kvantitatívne veku ?
(Má dobrú slovnú zásobu, vie napr. súvisle povedať rozprávku, tvorí vedľajšie vety atď.)

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak nie, prosím, spresnite :

3 Farbi *XX*

E 2. Vyslovuje všetky hlásky správne ?

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak n i e,
i. Vymenujte, ktoré:

Farbi *XX*

E 3. Má nejakú chybu reči (zajakavosť, hatlavosť, nejasnú reč)?

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak á n o,

i. Popíšte, prosím, o akú vadu ide :

Farbi *XX*

ii. Bolo kvôli tejto vade poslané k špecialistovi ?
(ORL, logopedia a iné)

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak á n o, ku ktorému ?

Pozriet *XX*

iii. Aká liečba bola doporučená ?

Farbi *XX*

SEKCIA F :

F 1. Uveďte prosím chronologicky všetky choroby, ktoré dieťa prekonalo medzi 3-5 rokom (ich diagnózu, dátum, druh terapie, spôsob ošetrovania - ambul., hospit.)

	dg	od-do	terapia	A-H	Miesto
a)	<i>XX</i>	<i>XX/XX</i>	<i>Survan</i>	<i>X</i>	<i>XX</i>
b)					
c)					
d)					
e)					
f)					
g)					
h)					
i)					
j)					
k)					
l)					
m)					
n)					
o)					
p)					
q)					
r)					
s)					

t)				
u)				
v)				
w)				
x)				
y)				
z)				

F 2. Prekonalo dieťa niektoré z nasledujúcich alergických ochorení ?

	Áno	Nie
a) Atopický ekzém	1	2
b) Urtikáriu	1	2
c) Alergickú nádchu	1	2
d) Astmu	1	2
e) Iné	1	2

Ak á n o, *xxxx*

Uveďte, prosím : *1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.*

f) Aká bola (je) pravdepodobná príčina alergickej reakcie ?

i. typ reakcie	ii. vyvolávajúci alergén
<i>1+xx</i>	<i>xxx</i>

F 3. Objavili sa u dieťaťa v sledovanom období kŕče ?

áno ☐ 1 ☐ nie ☐ 2

Ak á n o,

Jednalo sa o :

a) Febrilné kŕče

1	2
1	2
1	2

b) Epilepsiu

c) Iný druh kŕčov
Ak á n o,

Prosím spresnite: *xxxx* *1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.*

F 4. Prekonalo dieťa od 3-5 rokov veku nejaký úraz ?

áno ☐ 1 ☐ nie ☐ 2

Ak á n o,

a) Uveďte dg.: *xxxx*

b) Ako sa úraz stal: *xxx*

c) Dátum úrazu: *xx/xx/xx*

d) Kde prišlo k úrazu: *xx*

e) Terapeutický postup: *3 minuty xxx*

f) Bola potrebná hospitalizácia ?

áno ☐ 1 ☐ nie ☐ 2

F 5. Došlo u dieťaťa k otrave ?

áno

1

nie

2

3 otravy

Ak á n o,

a) Uveďte, prosím, presný názov a množstvo užitej látky :

i. XXX XXX

ii. XXX XXX

b) Ako, k otrave došlo

Čo sa stalo

c) Dátum otravy: 199.

d) Kde došlo k otrave: XXX

e) Terapeutický postup: 3 minuty XXX

f) Bola potrebná hospitalizácia ?

áno

1

nie

2

F 6. a) Bolo dieťa od 3-5 rokov veku hospitalizované ?

áno

1

nie

2

Ak á n o, uveďte, prosím:

b) Počet hospitalizácií: XX

c) Bolo dieťa v liečebni, alebo v kúpeľoch ?

áno

1

nie

2

d) Pre každý pobyt v nemocnici, alebo v kúpeľoch :

Od-do (dátum)	Kde	Dg-Dôvod hospital.	Terapia
(i)	(ii)	(iii)	(iv)
XXXX-XXXX	XXX	XXXX	XXX
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

F 7. a) Bol u dieťaťa nutný operačný zákrok ?

áno

1

nie

2

Ak á n o,

b) O akú operáciu išlo ? 9 minút XXXX

F 8 a) Malo dieťa od 3 roku veku nejaké RTG vyšetrenie ?

áno

1

nie

2

Ak á n o,

Uveďte, prosím, aké a dôvod vyšetrení :

i. RTG vyš.	ii. dôvod
1.	1.
2.	2.
3.	3.

b) Malo dieťa od 3 roku veku urobené UZ vyšetrenie ?

Ak á n o,

Uveďte, prosím, aké a dôvod vyšetrenia :

i. UZ vyšetrenie	ii. Dôvod
1.	1.
2.	2.
3.	3.

F 9. Má dieťa nejakú chronickú chorobu, chybu či handicap ?

Akú liečbu teraz vyžaduje ? (užívanie liekov, vitamínov, rehabilitáciu, zvýšenú starostlivosť a iné)

Špecifikujte:

i. choroba, chyba	ii. názov lieku	iii. iný druh liečby
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.

IV a) Ktoré z týchto chýb sa objavilo po 3 roku veku ?

1.
2.
3.
4.
5.

F10 a) Zaujima nás, či už bol dieťaťu niekedy meraný krvný tlak

1	áno, hodnoty normálne
2	áno, odchylka od normy
3	nie, nebol meraný

Ak bola odchylka od normy,

b) Uveďte, prosím, hodnotu a dátum :

i. dátum	ii. hodnota
1.	1.
2.	2.
3.	3.

c) Čo bolo v takom prípade doporučené ? (sledovanie na DS, odoslanie k špecialistovi ai.)

F11 a) Aké je teraz držanie tela ?

1	fyziológické
2	chybné

b) Ak chybné, prosím, upresnite :

1	kyfosis dorsalis
2	kyfosis thoraco-lumbalis
3	hyperlordosis
4	scapulae alatae
5	hypotonické

F12. Aký je nález v moči a pri „status prezens“ ?

1	normálny
2	patologický

Ak patologický, popíšte nález :

- i.
- ii.

F 13. Sú u dieťaťa nejaké odlišnosti v správaní sa ?

	Áno	Nie
a) Poruchy spánku	1	2
b) Ťažkosti s jedlom	1	2
c) Slabšie sociálne kontakty	1	2
d) Opakovanie tých istých pohybov (stereotypia)	1	2
e) Negativistické konanie	1	2
f) Neschopnosť sústredenia(hry)	1	2

g) Nápadná príťažlivosť k matke, blízkym osobám

1	2
---	---

h) Nadmerná úzkostlivosť

1	2
---	---

i) Zmeny nálad

1	2
---	---

j) Agresivita

1	2
---	---

k) Záľuba v neobvyklých činnostiach

1	2
---	---

l) Neprimeranosť reakcií

1	2
---	---

m) Niektoré neurotické prejavy

1	2
---	---

Prosím, popíšte ťažkosti podrobnejšie :

.....

.....

.....

.....

.....

F 14. V 5 rokoch veku dieťaťa je vzhľadom k vývoju predčasne sa jednoznačne vyjadrovať k školskej zrelosti. Zo súčasného stavu môžete usúdiť, že školská zrelosť bude oneskorená ? (oblasť sociálna, citová, rozumová, pracovná, telesná)

áno 1 nie 2

Ak á n o,

Prečo :

.....

.....

.....

F 15. a) Pri posudzovaní PM vývoja v 5 rokoch veku nachádzate nejakú odchylku ?

Ak á n o, áno ☐ 1 nie ☐ 2

b) Prosím, popíšte :

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

F16. a) Pri popise statusu prezens v 5 rokoch nachádzate u dieťaťa nejakú odchylku od normy ?

Ak á n o, áno ☐ 1 nie ☐ 2

b) Prosím, popíšte :

i.
ii.
iii.
iv.
v.
vi.

SEKCIA G : ROZSAH STAROSTLIVOSTI

(Platí od 3 rokov veku)

počet

G 1 a) Počet kuratívnych návštev dieťaťa v ordinácii:
(od 3 rokov veku)

b) Z toho počet návštev s nutnosťou liečby:

G 2. Počet preventívnych návštev v ordinácii:

G 3. Počet návštev prakt. lekára pre deti a dorast v byte:

G 4. Počet návštev sestry v byte :

G 5. Počet návštev LSPP :

G 6. a) Počet odborných konzílií :

b) Druhy odborných konzílií :

1.
2.
3.
4.
5.

C Dg, súhrn konziliárnych vyšetrení :

1.
2.
3.
4.
5.

SEKCIA H:

- H 1. Posúdenie rodiny a jej funkčnosti :
(Vlastný názor, upozornenie na závažnú skutočnosť, napr. týranie, úmrtie, odchod či zmena jedného z rodičov a pod.)

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

- H 2. Je dieťa vychovávané len v rodine ?

áno ☐ 1 nie ☐ 2

Ak nie,

- a) Kde inde ?

i. Starí rodičia

ii. Materská škola

iii. Rehabilitačný stacionár, alebo iné
odborné zdravotnícke zariadenie

iv. Súkromná osoba nepatriaca do rodiny

v. Detský domov, detské centrum

vi. Ústav sociálnej starostlivosti

vii. Inde
Pokiaľ áno,

Áno	Nie
☐ 1	☐ 2
☐ 1	☐ 2
☐ 1	☐ 2
☐ 1	☐ 2
☐ 1	☐ 2
☐ 1	☐ 2

Uveďte, prosím, kde:

ĎAKUJEME VÁM ZA VAŠU SPOLUPRÁCU

Po vyplnení vráťte, prosím na adresu :

Projekt ELSPAC
Odd.epidemiológie a biometriky
ÚPKM
Limbová 14
833 01 Bratislava

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

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

SEKCIA I:

I 1. Dotazník bol vyplnený dňa : ☐☐ / ☐☐ /199 ☐

I 2. Meno lekára :

I 3. Podpis lekára :

I 4. Číslo ordinácie (ODS) :

Poznámky:

Poznámky:

Poznámky: