

PN -18

--	--	--	--	--

ZDRAVOTNÝ STAV V OSEMŇASTOM MESIACI
(Vyplňuje pediater zo zdravotného záznamu)

Uveďte iba údaje týkajúce sa veku 7-18 mesiacov

Meno dieťaťa :

Rodné číslo :

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

 /

--	--	--	--

Adresa :

.....
.....

Meno matky :

Rodné číslo matky :

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

 /

--	--	--	--

PN -18

--	--	--	--	--

ZDRAVOTNÝ STAV V OSEMŇASTOM MESIACI
(Vyplňuje pediater zo zdravotného záznamu)

Uveďte iba údaje týkajúce sa veku 7-18 mesiacov

Meno dieťaťa :

Rodné číslo :

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

 /

--	--	--	--

Adresa :

Meno matky :

Rodné číslo matky :

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

 /

--	--	--	--

SEKCIA A :

A 1. RAST

A 1a) Prosím, vyplňte údaje o hmotnosti a dĺžke (výške), dostupné zo záznamu od 7.mesiaca veku:

Dátum	Hmotnosť	Dĺžka (výška)
1. 199.	 g	 cm
2. 199.	 g	 cm
3. 199.	 g	 cm
4. 199.	 g	 cm
5. 199.	 g	 cm

A 1b) Obvod hlavy :

1. meranie : dňa 199. cm
 2. meranie : dňa 199. cm

c) Kedy sa uzatvorila veľká fontanela? mesiac

A 2. Celkový vzhľad - somatotyp :

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

A 3. Výživa :

a) Dojčené do..... mesiaca^{+/} (týždňa)^{+/}
^{+/}nehodiace sa prečiarknite

b) Akým druhom umelej mliečnej výživy (bolo) je dieťa kŕmené a dokedy?
 mesiac

c) i. Od ktorého mesiaca jedlo dieťa zmiešanú kojenec-kú stravu
 mesiac

ii. Dokedy ? mesiac

d) Aká je teraz strava dieťaťa ?

.....

A 4. Užíva /užívalo/ dieťa pravidelne nasledujúce vitamíny?
 Ak áno, ako dlho?

- a) Vitamín C (Celaskon)
 áno - 1 nie - 2 mes.
 b) Vitamín B (B-komplex)
 áno - 1 nie - 2 mes.
 c) Vitamín D (Infadin, AD)
 áno - 1 nie - 2 mes.

A 5. Očkovanie :

a/ od 7-18 mesiaca očkované proti :

.....

b/i.podľa očkovacieho preukazu chýba :

.....

ii.dôvod :

c/ vôbec neočkované, uveďte prečo :

.....

A 6a) V ktorom mesiaci sa dieťaťu prerezal prvý rezák

b) Prerezal sa už dieťaťu očný zub ? mesiac

Áno - 1 Nie - 2

c) Prerezala sa už dieťaťu prvá stolička?

Áno - 1 Nie - 2

d) Koľko má dieťa v súčasnosti zubov ?

..... zubov

SEKCIA B : VÝVOJ

B 1a) Koľkokrát sa od 7. mesiaca kontroloval mentálny vývoj alebo motorika dieťaťa?

☐ ☐ krát

b) Zistili sa dajaké abnormity ?

- | | |
|---|------------------------------|
| 1 | áno, zjavná abnormita |
| 2 | áno, pravdepodobná abnormita |
| 3 | nie |
| 9 | nie je známe (NZ) |

Ak nie, prejdite k B 2.

Ak á n o,

i) Čo sa urobilo ?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | poslané k špecialistovi |
| 2 | čakalo sa a sledoval sa vývoj |
| 3 | nepokladalo sa to za dôležité |
| 4 | rehabilitovalo sa |
| 9 | NZ |

ii) O aký druh abnormity sa jednalo ?

Prosím, popíšte :

.....

.....

.....

SEKCIA C : SLUCH

C 1a) Koľkokrát sa vyšetril dieťaťu sluch ? krát
od 7. mesiaca

C 1b) Zistili sa dajaké abnormity /strata sluchu ?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1 | áno, zjavná abnormita /strata sluchu |
| 2 | áno, pravdepodobná abnormita |
| 3 | nie |
| 9 | NZ |

i) Ak á n o, popíšte abnormitu/ty :

SEKCIA D : ZRAK

D 1a) Koľkokrát sa vyšetril dieťaťu zrak? krát
od 7. mesiaca

b) Zistili sa dajaké abnormity ?

- | | |
|---|------------------------------|
| 1 | áno, zjavná abnormita |
| 2 | áno, pravdepodobná abnormita |
| 3 | nie |
| 9 | NZ |

i) Ak á n o, popíšte abnormitu/ty :

SEKCIA E : ROZVOJ REČI

E 1. Hovorí slabiky od :mesiaca

E 2. Hovorí slová od :mesiaca

E 3. Hovorí jednoduchú vetu od :mesiaca

SEKCIA F :

F 1. Malo dieťa niečo z nasledujúceho
od 6.mesiaca veku ?

Áno Nie

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| a) Gastroenteritis | 1 | 2 |
| b) Infekcia dolných ciest dýchacích | 1 | 2 |
| c) Infekcia horných ciest dýchacích | 1 | 2 |
| d) Otitis media | 1 | 2 |
| e) Celkové telesné neprospievanie | 1 | 2 |
| f) Poranenie - úraz | 1 | 2 |
| g) Možné týranie dieťaťa | 1 | 2 |
| h) Ťažkosti s kŕmením | 1 | 2 |
| i) Ťažkosti so spánkom | 1 | 2 |
| j) Koliku | 1 | 2 |
| k) Čierny kašeľ | 1 | 2 |
| l) Morbilli | 1 | 2 |
| m) Kŕče | 1 | 2 |
| n) Vrodenú chybu | 1 | 2 |

Ak á n o,

Popíšte akú :

- | | | |
|--|---|---|
| o) anémiu | 1 | 2 |
| p) Infekciu močových ciest | 1 | 2 |
| q) Dispepsi | 1 | 2 |
| r) Alergiu | 1 | 2 |
| s) Kožné choroby
uvedte ktoré:..... | 1 | 2 |
| t) Conjunctivitídu | 1 | 2 |
| u) Niečo iné | 1 | 2 |

Prosím popíšte:.....

.....

.....

.....

F 2. Ak prekonalo úraz, prosím, popíšte :

a) Čo sa stalo: (dg)

b) Dátum úrazu : / / 199

c) Priebeh úrazu :

d) Terapeutický postup :

e) Bola nutná hospitalizácia ?

Áno ☐ Nie ☐

F 3. Počet hospitalizácií :

Od - do (dátum)	Kde	Dôvody hospital. (dg)	Terapia
-----------------	-----	-----------------------------	---------

1.			
----	-------	-------	-------

2.			
----	-------	-------	-------

3.			
----	-------	-------	-------

4.			
----	-------	-------	-------

5.			
----	-------	-------	-------

F 4a) Operácie : Áno ☐ Nie ☐

Ak á n o,

b) Popíšte prosím, druh operácie :

F 5a) Trpí dieťa dajakou chronickou chybou, chorobou, handicapom ? (Okrem VVCH uvedených pod F 1n)

Áno ☐ Nie ☐

Ak á n o,

b) Prosím popíšte :

i.

ii.

iii.

F 6a) Pri popise "status praesens" v 18.mesiaci, nachádzate u dieťaťa dajakú odchýlku od normy ?

Áno ☐ Nie ☐

Ak á n o,

Prosím popíšte:

i.

ii.

iii.

iv.

v.

F 7a) Zistila sa u dieťaťa dajaká odchýlka na genitáli ? (predovšetkým retencia či hydrokéla u chlapcov)

Áno ☐ Nie ☐

Ak á n o,

b) Prosím popíšte aká :

F 8a) Zistila sa u dieťaťa dajaká odchýlka pri posudzovaní psychomotorického vývoja ?

Áno ☐ Nie ☐

Ak á n o,

b) Prosím popíšte aká :

F 9a) Robilo sa dieťaťu od 7. mesiaca, okrem rtg vyšetrenia bedrových kĺbov ešte dajaké iné rtg vyšetrenie ?

Áno ☐ Nie ☐

Ak á n o,

b) Uveďte dôvod vyšetrenia :

i.

ii.

SEKCIA G : ROZSAH STAROSTLIVOSTI

G 1. Počet kuratívnych návštev dieťaťa v ordinácii:

a) Z toho počet návštev s nutnosťou liečby:

G 2. Vypíšte diagnózy pri ktorých bola liečba antibiotikami alebo sulfonamidmi :

Od - do	Diagnóza (MSKN)	Druh terapie (názov lieku)
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

G 3. Počet prevent.návštev v ordinácii :

G 4. Počet návštev LSPP :

G 5. Počet návštev praktického lekára pre deti a dorast v byte :

G 6. Posúdenie rodiny a jej funkčnosti : (Vlastný názor, upozornenie)

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

G 7a) Počet odborných konzílií :

b) Druhy odborných konzílií :

i.

ii.

iii.

iv.

c) Dg súhrn konziliárnych vyšetrení :

i.

ii.

iii.

iv.

G 8 Prosím uveďte akékoľvek ďalšie potiaže a choroby, ktoré dieťa prekonalo a nie su uvedené v tomto dotazníku:

SEKCIA H :

H 1. Dotazník bol vyplnený dňa : / /199

H 2. Meno lekára :

H 3. Podpis lekára :

H 4. Číslo ordinácie (ODS) :

ĎAKUJEME VÁM ZA VAŠU SPOLUPRÁCU

Po vyplnení vráťte, prosím na adresu :

Odd.epidemiológie a biometriky
ÚPKM
Limbová 14
833 01 Bratislava