Анкета для родителей.

Ф.И.О. ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Были или есть у кого-нибудь из членов вашей семьи (включая родственников матери и отца ребенка) врожденные пороки сердца? ( (да/нет)

2. Были в вашей семье случаи внезапной смерти в возрасте до 50 лет? (да/нет)

3. Были у кого-нибудь из членов вашей семьи случаи внезапного приступообразного учащения сердечного ритма (ЧСС от 160 до 250 уд/мин)? (да/нет)

4. Были в вашей семье случаи инфаркта миокарда или инсульта в возрасте до 50 лет? (да/нет)

5. Были у матери ребенка во время беременности отеки, изменения в моче, повышенное артериальное давление? ( (да/нет)

6. Доношенной или недоношенной была беременность? ( ( доношенной/недоношенной)?

7. Было в детстве у вашего ребенка желание есть мел, землю, нюхать лаки, краски, бензин ? (да/нет)

8. Часто ваш ребенок болел (или болеет) простудными заболеваниями? (да/нет)

9. Диагностировалась у матери или у отца ребенка язвенная болезнь 12-перстной кишки? (да / нет)

10. Есть у вашего ребенка или были раньше:

а) очаги инфекции в носоглотке (хронический насморк, воспаление миндалин, среднего уха, придаточных пазух носа, аденоиды)? ( (да/нет)

б) невроз? (да/нет)

в) лямблиоз? (да/нет)

г) аскаридоз? (да/нет)

11. Часто вы используете (или использовали) при лечении ребенка антибиотики? (да/нет)

12. Болел ваш ребенок вирусным гепатитом? (да/нет)

13. Есть у вашего ребенка аллергия? (да/нет)

14. Были у вашего ребенка черепно-мозговые травмы? (да/нет)

15.Были или есть у кого-нибудь из членов вашей семьи (включая родственников матери и отца ребенка) злокачественные опухоли? ( (да/нет)

16.Возраст матери при рождении ребенка (до 40/старше 40)?

17.Масса тела ребенка при его рождении ( (2700г и ниже / выше 2700г)?

Ф.И.О. заполнившего анкету\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.