

Imię i nazwisko: _____ Centrum Medyczne „Piaski Nowe”
PESEL, _____ data ur. _____ ul.Bochenka 16/5-6, 30-693 Kraków
Adres zamieszkania _____ NIP 6793040077 tel 12 4431264
12-02026/01/001

Dane rodziców: _____
(imiona i nazwiska, numery PESEL, adres zamieszkania, jeśli inny niż dziecka)

Dane kontaktowe: _____
(tel. stacjonarny, komórkowy, mail, skype, gg itp.)

I. **WARUNKI MIESZKANIOWE***:

Dom jednorodzinny, dom wielorodzinny, mieszkanie (które piętro, ile pokoi), woda bieżąca/ze studni, CO/piec kaflowy, kuchnia gazowa/elektryczna/węglowa, WC w pomieszczeniu/na zewnątrz, łazienka. Podaj liczbę współmieszkańców i stopień pokrewieństwa _____.

II. **WARUNKI NAUKI**

Jeśli dziecko uczęszcza do żłobka, przedszkola, szkoły, podaj nazwę jednostki i do której klasy uczęszcza.

III. **WYWIAD OKOŁOPORODOWY**

Dziecko z ciąży pierwszej / drugiej / trzeciej / czwartej, pojedynczej / bliźniaczej, z porodu pierwszego / drugiego / trzeciego / czwartego. Urodzone w ___ tygodniu ciąży, siłami natury/poród instrumentalny (kleszcze/próżnościąg)/przez cięcie cesarskie (z jakich wskazań: _____). Przebieg ciąży prawidłowy/nieprawidłowy (jaki były problemy w trakcie ciąży _____). Leki i suplementy diety zażywane podczas ciąży: _____.

Dane przy porodzie: APGAR ___ pkt, masa ur. ___ g, dł. ___ cm, obwód główki ___ cm, obwód klatki piersiowej ___ cm. Ile miesięcy dziecko było karmione piersią ___?

Czy dziecko wymagało pobytu w inkubatorze / przedłużonego pobytu w szpitalu po porodzie (z jakiego powodu: _____) lub hospitalizacji w pierwszych 4 tygodniach życia (z jakiego powodu _____)

IV. **PRZEBYTE CHOROBY, URAZY, HOSPITALIZACJE I ZABIEGI OPERACYJNE**

Jakie choroby/urazy przebyło do tej pory dziecko (np. zakaźne choroby wieku dziecięcego, zapalenia płuc, infekcje dróg moczowych, złamania, wypadku komunikacyjne itp.) Czy kiedykolwiek dziecko przebywało w szpitalu (kiedy i z jakiego powodu, proszę podać nazwę oddziału, rozpoznanie) lub miało wykonywane zabiegi operacyjne (kiedy, jakiego rodzaju i z jakiego powodu)?

V. **WYWIAD RODZINNY**

Czy w rodzinie występują(owały) choroby alergiczne (jakie i u kogo) lub dziedziczne (genetyczne)? Na co leczą się najbliżsi (dziadkowie, rodzice, rodzeństwo)? Jeśli miały miejsce zgony wśród najbliższych, to u kogo, w jakim wieku i z jakich powodów?

VI. **UCZULENIA I NIETOLERANCJE**

Czy u dziecka stwierdzono uczulenie na leki (jakie) lub inne substancje? Jeśli tak, to wymień jakie (pyłki drzew, traw, sierść zwierząt, roztocza kurzu domowego, alergeny pokarmowe [białko jaja kurzego, orzechy, czekolada itp.], metale, kosmetyki itp.). Czy dziecko źle toleruje jakieś preparaty? Jakież?

VII. **SZCZEPIENIA I SUROWICE**

Najlepiej dołącz ksero karty lub książeczki szczepień lub odpowiedz na następujące pytania: Czy dziecko jest szczepione wg kalendarza szczepień? Czy były jakieś przesunięcia lub odstępstwa od kalendarza? Jakimi szczepionkami i kiedy dziecko było zaszczepione? Czy zastosowane preparaty były dobrze tolerowane? Jeśli nie,

* zaznacz właściwe

jakie odczyny poszczepienne miały miejsce (gorączka, wysypka, zaczerwienienie miejsc a wkłucia, itp.) (możesz dołączyć ksero karty lub książeczki szczepień). Czy kiedykolwiek podawano dziecku surowice (np. przeciwko tężcowi, jadowi żmii, WZW t. B)? Jeśli tak to jaką i kiedy?

VIII. **CHOROBY PRZEWLEKŁE**

Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe. Jeśli tak, proszę uzupełnić odpowiednie rubryki informacjami nt. chorób przewlekłych (przykłady podane zostały w nawiasach) oraz kiedy zostały rozpoznane/od kiedy na nie choruje):

1. **Choroby układu krążenia** (np. wady serca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, itp.)
2. **Choroby metaboliczne i endokrynologiczne** (np. cukrzyca typu 1, choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, nadwaga, otyłość, ginekomastia itp.).
3. **Choroby układu oddechowego** (np. astma oskrzelowa, przewlekłe stany zapalne zatok, ucha, gardła, migdałków [w tym przerost migdałków], alergiczny nieżyt nosa itp.).
4. **Choroby układu pokarmowego** (np. choroba wrzodowa, zespół jelita nadwrażliwego, choroba Leśniewskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, itp.).
5. **Choroby układu krwiotwórczego** (np. anemia, zaburzenia krzepnięcia, białaczki, chłoniaki,, powiększone węzły chłonne itp.).
6. **Choroby układu moczowego i rozrodczego** (np. przewlekłe zapalenia nerek, zespół nerczycowy, przewlekła niewydolność nerek, kamica nerek, torbiele nerek, moczenie nocne, stulejka, spodziectwo, wierzchniactwo, niezastąpione jądra, itp.).
7. **Choroby reumatologiczne** (np. wady postawy, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, itp.)
8. **Choroby skóry** (trądzik, atopowe zapalenie skóry, pokrzywki, łuszczyca, grzybica, rumień guzowaty, itp.).
9. **Choroby psychiczne, układu nerwowego i narządów zmysłów** (np. nerwica, depresja, zaburzenia lękowe, schizofrenia, bulimia, anoreksja, migrena, zawroty głowy, padaczka, wady wzroku, jaskra, zaćma, alergiczne zapalenia spojówek, itp.)
10. **Choroby zakaźne i pasożytnicze** (przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby m. in. t. B lub C, cytomegalia, zakażenie HIV, owsica, wszawica, glistnica itp.)
11. **Choroby nowotworowe** (np. rak mózgu, wątroby, kości, nerki, itp.)

IX. **SANATORIA**

Czy kiedykolwiek dziecko było leczone w sanatorium (kiedy i gdzie)?

X. **REHABILITACJA**

Czy kiedykolwiek dziecko było objęte leczeniem rehabilitacyjnym (gdzie [oddział/poradnia], kiedy i z jakiego powodu)?

* zaznacz właściwe

XI. AKTUALNIE STOSOWANE LEKI

Jeśli dziecko zażywa przewlekle leki, podaj szczegółowe informacje o nazwie preparatu, postaci (tabl., kaps., syrop, czopek, zastrzyk, spray), dawce i porze lub częstotliwości stosowania. Uwzględnij również preparaty kupowane bez recepty (witaminy, suplementy diety itp.)

Lp.	Nazwa	Postać	Dawka	Rano	Południe	Wieczór	Noc	Uwagi
1								
2								
3								
4								

Data

Podpis opiekuna prawnego