



 **Опросник для семей/детей с подозрением на
иммунологические заболевания**

Имя, фамилия:Дата рождения:.....

Уважаемый пациент, уважаемые родители пациента,

Пожалуйста, заполните данную анкету **до начала приёма** в нашей поликлинике, приведя детали на пунктирных строках. Необходимо также приложить к ней **паспорт вакцинаций, карту пациента (“Gelbes Untersuchungsheft”), чип-карту страхования здоровья, направление на обследование**, все относящиеся к данному случаю **медицинские заключения и результаты анализов. Все вышеперечисленные документы и заполненную анкету необходимо принести с собой на приём.**

Большое спасибо!

I. Причина обращения в поликлинику

- Подозрение на иммунодефицит/иммунологическое заболевание
- Повышенная температура неизвестного происхождения
- Другая причина

II. Анамнез

i. Текущие жалобы

Какие основные жалобы/симптомы вашего ребёнка?

.....
.....

Когда эти симптомы впервые появились (месяц/год)?

.....
.....

ii. Инфекции в анамнезе

Частота – Продолжительность – Антибиотики – Высокая температура

инфекции среднего уха раз –дней/недель – да нет – да нет

синусит раз –дней/недель – да нет – да нет

бронхит раз –дней/недель – да нет – да нет

[Geben Sie Text ein]

- пневмонияраз –дней/недель – да нет – да нет
- хронический кашель/простудараз –дней/недель – да нет – да нет
- кожные инфекции/абсцессыраз –дней/недель – да нет – да нет
- инфекции костейраз –дней/недель – да нет – да нет
- менингитраз –дней/недель – да нет – да нет
- повышенная температурараз –дней/недель – да нет – да нет
- без признаков инфекционного заболевания

Были ли в прошлом госпитализации из-за инфекционных заболеваний? *Если да, то как часто?*

нет да.....
.....

Имеют ли инфекции сезонный характер? *Если да, в какую пору года они возникают/обостряются?*

нет да.....
.....

iii. Клинические проявления

Другие симптомы?

нет да.....
.....

Опухание/воспаление лимфатических узлов (где)?

нет да.....
.....

Боль в суставах (где)?

нет да.....
.....

Кожные поражения (где)?

нет да.....
.....

Боли в животе/ Нарушения стула?

Количество калового стула в день?

[Geben Sie Text ein]

нет да.....
.....

Потеря веса либо отсутствие набора веса?

нет да.....
.....

Снижение работоспособности, стрессоустойчивости или концентрации внимания?

нет да.....
.....

Другие жалобы?

нет да.....
.....

iv. Медикаменты

Принимает ли ваш ребёнок лекарства на регулярной основе? *Если да, то какие?*

нет да.....
.....

v. Вакцинации

Был ли ваш ребёнок вакцинирован в соответствии с рекомендациями STIKO (Ständige Impfkommission)? *Если нет, какие прививки отсутствуют? Почему?*

да нет.....
.....

vi. Беременность и роды

Возникали ли какие-либо проблемы во время беременности или родов?

нет да.....
.....

vii. Нарушения развития

Нарушения либо отклонения в развитии?

[Geben Sie Text ein]

нет да.....

Регулярно ли происходили рост и набор веса? (Пожалуйста, предоставьте данные педиатрических обследований)

да нет.....

.....

viii. Семейный анамнез/наследственность

Наблюдались ли у членов семьи частые инфекции, аутоиммунные расстройства, смерть детей от тяжелых инфекционных заболеваний либо по неизвестным причинам?

нет да.....

.....

ix. Социальный анамнез, история бытовых и профессиональных условий жизни больного

Регулярно ли ваш ребёнок посещает школу /детский сад? *Сколько дней он отсутствовал в детском саду /школе в прошлом году?*

да нет..... дней

.....

III. **Лабораторные результаты с отклонением от нормы**

Подозрительные результаты анализов/другие данные? *Если да, то какие?*

нет да.....

.....