

ОГЛЯД / АНКІЄТА

ПІБ людини, яка заповнює анкету (+ ступінь спорідненості) / <i>imię i nazwisko osoby, od której zbierany jest wywiad (+ stopień pokrewieństwa)</i>	ПІБ дитини/ <i>imię, nazwisko dziecka</i> Дата народження дитини PESEL / якщо це так..... Стать дитини / <i>płeć dziecka</i>
Контактні дані / <i>dane kontaktowe</i> : Telefon, e-mail знання польської мови <i>Znajomość języka polskiego</i> <input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>	На якому тижні вагітності дитина народилася? Чи були якісь ускладнення під час пологів? / <i>w którym tygodniu ciąży poród, czy były jakieś problemy podczas porodu</i>
Чи колись у дитини було виявлено / <i>czy kiedykolwiek stwierdzono u dziecka</i> :	
- слабкість, втому / <i>osłabienie, męczliwość</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
- втрату ваги / <i>utrata masy ciała</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
- головний біль вранці або вночі / <i>ból głowy w godzinach porannych lub w nocy</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
- постійну блювоту / <i>uporczywe wymioty</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
- порушення координації або ходи / <i>zaburzenia koordynacji lub chodu</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
- судомии / <i>napady drgawkowe</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
- гіпертонію / <i>nadciśnienie tętnicze</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
- незрозумілу задишку або прискорене серцебиття, пов'язані з фізичними вправами / <i>niewyjaśniona duszność lub kołatania serca związane z wysiłkiem</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
- непритомність або втрату свідомості / <i>omdlenia lub utraty przytomności</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
- біль у грудях, пов'язаний з фізичними вправами / <i>ból w klatce piersiowej związany z wysiłkiem</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
Чи у дитини були діагностовані хронічні захворювання? написати що? / <i>czy dziecko ma rozpoznane choroby przewlekłe – napisz jakie</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
Якщо так, то чи є медичні записи, які підтверджують це? / <i>jeżeli tak, to czy posiada dokumentację medyczną</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
Якщо так, то чи приймає дитина ліки постійно? (які саме, чи є достатній запас) / <i>jeżeli tak, to czy przyjmuje na stałe leki (jakie, czy ma wystarczający zapas)</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>
Чи проводилася коли-небудь госпіталізація дитини? (коли і з якої причини) / <i>hospitalizacje (kiedy i z jakiego powodu)</i>	<input type="checkbox"/> Так / <i>tak</i> <input type="checkbox"/> Ні / <i>nie</i>

Чи погіршився стан здоров'я дитини останнім часом? / <i>czy w ostatnim czasie doszło do pogorszenia stanu zdrowia dziecka</i>	<input type="checkbox"/> Так / tak <input type="checkbox"/> Ні / nie
Чому, на Вашу думку, дитина хвора / що не так з дитиною / що саме Вас занепокоїло? / <i>dla czego matka uważa, że dziecko jest chore / co dolega dziecku / co zaniepokoiło matkę</i>	
Чи виглядає дитина хворою? (чи є у дитини бажання гратися, чи з'являється спонтанне бажання до фізичної активності, які тривожні психічні симптоми, тривожна поведінка спостерігалися з якого часу) / <i>czy dziecko wygląda na chore (czy ma chęć do zabawy, czy podejmuje spontaniczną aktywność ruchową, jakie niepokojące objawy psychiczne, niepokojące zachowanie zaobserwowano i od kiedy?)</i>	
Прикріпіть фотографії медичних записів (інформаційні картки з лікарні, консультації фахівців, результати аналізу крові, УЗД...) / <i>dołączyć zdjęcia dokumentacji medycznej (karty informacyjne ze szpitala, konsultacje specjalistyczne, wyniki badań krwi, USG...)</i>	<input type="checkbox"/> Так / tak <input type="checkbox"/> Ні / nie
Прикріпіть фотографії упаковки використовуваних лікарських засобів / <i>dołączyć zdjęcia opakowań po stosowanych lekach</i>	<input type="checkbox"/> Так / tak <input type="checkbox"/> Ні / nie
інша важлива інформація для лікаря, психолога або фізіотерапевта / <i>inne ważne informacje dla lekarza, psychologa, lub fizjoterapeuty</i> 	

заповнили анкету / *ankietę wypełnił*:.....

дата і підпис / *data i podpis*:.....