

ANKIETA dla dzieci w wieku 7-8 lat

NazwiskoPESEL dziecka:
 Imię.....KLASA.....
 Rok urodzenia.....
 Adres.....tel.

prawidłową odpowiedź zakreślić znakiem X

CZĘŚĆ I

1. Czy obecnie u Twojego dziecka występują/występowały ?

Katar całoroczny lub sezonowy Tak [] Nie []

Zapalenia spojówek Tak [] Nie []

Napady duszności, kaszlu, świszczącego oddechu Tak [] Nie []

Zmiany skórne [wyprysk, pokrzywki, obrzęki] Tak [] Nie []

2. Czy Twoje dziecko jest na coś uczulone ?.....Tak [] Nie []

Jeśli tak to na co :.....

3. Czy w dzieciństwie miało alergiczne zmiany skórne? Tak [] Nie []

4. Czy w dzieciństwie miało nawracające zapalenia oskrzeli z napadami kaszlu /świsztami, dusznością ? Tak [] Nie []

5. Czy Twoje dziecko jest / było leczone w Poradni Alergologicznej ? Tak [] Nie []

Jeśli tak to podaj adres Poradni

6. W jakiej odległości Twoje dziecko mieszka od drogi o dużym natężeniu ruchu samochodowego ? < 200 m [] 200-500 m [] > 500 m []

JEŻELI NA WSZYSKIE PYTANIA ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ NIE TO ZAKOŃCZ WYPEŁNIANIE ANKIETY

JEŻELI PRZYNAJMNIEJ NA JEDNO PYTANIE ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ TAK TO WYPEŁNIJ CZĘŚĆ II ANKIETY

Po wyrażeniu pisemnej zgody rodzica lub opiekuna zaproponowane będą nieodpłatnie badania alergologiczne [testy skórne, testy z krwi] oraz konsultacja specjalisty alergologa

data

wyrażam zgodę :

.....
podpis Matki lub Ojca, Opiekuna

CZĘŚĆ II A

Kwestionariusz dla dzieci w wieku 7-8 lat ze **świszczącym oddechem**

1. Czy kiedykolwiek w przeszłości wystąpił u Twojego dziecka świszczący oddech lub świsty w klatce piersiowej?

Tak [] Nie []

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 6

2. Czy w ostatnich 12 miesiącach występował u Twojego dziecka świszczący oddech lub świsty w klatce piersiowej?

Tak [] Nie []

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 6

3. Ile ataków świszczącego kaszlu miało Twoje dziecko w ostatnich 12 miesiącach?

Żadnego [] 1 do 3 [] 4 do 12 [] Więcej niż 12 []

4. Jak często (średnio) sen Twojego dziecka został przerwany przez świszczący oddech?

Nigdy [] Mniej niż raz w tygodniu [] Jeden lub więcej razy w tygodniu []

5. Czy w ostatnich 12 miesiącach którykolwiek atak świszczącego oddechu był na tyle uciążliwy, że utrudniał mowę i pozwalał na powiedzenie jednego, lub dwóch słów pomiędzy oddechami?

Tak [] Nie []

6. Czy kiedykolwiek Twoje dziecko miało astmę?

Tak [] Nie []

7. Czy w ostatnich 12 miesiącach, po lub w trakcie wysiłku fizycznego Twoje dziecko miało uczucie świszczącego oddechu?

Tak [] Nie []

8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpił u Twojego dziecka suchy kaszel, nie związany z przeziębieniem?

Tak [] Nie []

CZEŚĆ II B

Kwestionariusz dla dzieci w wieku 7-8 lat z **katarem**

1. Czy kiedykolwiek w przeszłości Twoje dziecko miało problem z kichaniem, lub wydzieliną z nosa lub z zatkaniem nosa Z WYŁĄCZENIEM przeziębienia lub grypy?

Tak [] Nie []

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 6

2. Czy w ostatnich 12 miesiącach Twoje dziecko miało problemy z kichaniem, lub wydzieliną z nosa lub z zatkaniem nosa Z WYŁĄCZENIEM przeziębienia lub grypy?

Tak [] Nie []

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 6

3. Czy w ostatnich 12 miesiącach objawom ze strony nosa towarzyszyło łzawienie i świąd oczu?

Tak [] Nie []

4. W którym z ostatnich 12 miesięcy występowały objawy ze strony nosa?

(zaznacz właściwy):

styczeń [] luty [] marzec [] kwiecień [] maj [] czerwiec [] lipiec []
sierpień [] wrzesień [] październik [] listopad [] grudzień []

5. Czy w ostatnich 12 miesiącach i w jakim stopniu objawy nosowe zaburzały aktywność Twojego dziecka w ciągu dnia?

wcale [] mało [] średnio [] dużo []

6. Czy kiedykolwiek Twoje dziecko miało katar sienny?

Tak [] Nie []

CZEŚĆ II C

Kwestionariusz dla dzieci w wieku 7-8 lat z wypryskiem atopowym

1. Czy kiedykolwiek w przeszłości Twoje dziecko miało swędzącą wysypkę, która naprzemiennie pojawiała się i zanikała przez co najmniej 6 miesięcy? Tak [] Nie []

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 7

2. Czy Twoje dziecko miało tą przemijającą, swędzącą wysypkę, kiedykolwiek w ciągu ostatnich 12 miesięcy ?

Tak [] Nie []

JEŚLI ODPOWIEDZIAŁEŚ/AŚ „NIE” PRZEJDŹ DO PYTANIA 7

3. Czy ta swędząca wysypka kiedykolwiek u Twojego dziecka występowała w następujących miejscach: w zgięciach łokciowych, pod kolanami, w okolicach kostek, na pośladkach, wokół szyi, uszu lub oczu?

Tak [] Nie []

4. W jakim wieku u Twojego dziecka wystąpiła po raz pierwszy ta swędząca wysypka?

poniżej 2 roku życia [], 2-4 roku życia [], w 5 roku życia i powyżej []

5. Czy wysypka ustępowała u Twojego dziecka całkowicie w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

Tak [] Nie []

6. Jak często (średnio) w ostatnich 12 miesiącach Twoje dziecko budziło się z powodu tej swędzącej wysypki?

Nigdy [] mniej niż raz w tygodniu [] raz lub więcej razy w tygodniu []

7. Czy kiedykolwiek Twoje dziecko miało wyprysk, egzemę, alergiczne zapalenie skóry?

Tak [] Nie []

CZĘŚĆ II D

Kwestionariusz dla dzieci w wieku 7-8 lat z alergią kontaktową

1. Czy Twoje dziecko nosi/nosiło sztuczną biżuterię (kolczyki, klipsy, łańcuszki, bransoletki wykonane z metali innych niż złoto, srebro, platyna)? Nie ☐ Tak ☐ od roku życia

2. Jak często Twoje dziecko nosi sztuczną biżuterię?

codziennie lub prawie codziennie ☐ od czasu do czasu ☐ prawie nigdy lub nigdy ☐

3. Czy Twoje dziecko ma przekłute uszy lub inną część ciała?

Nie ☐ Tak ☐ w roku życia

4. Czy Twoje dziecko ma tatuaż trwały (tj. wykonany za pomocą igły) ?

Nie ☐ Tak ☐ od roku życia

5. Czy Twoje dziecko ma lub kiedykolwiek miało tatuaż czasowy (tj. malowany na skórze) ?

Tak ☐ Nie ☐

6. Czy Twoje dziecko nosi lub nosiło aparat ortodontyczny (prostujący zęby)?

Nie ☐ Tak ☐ aparat założono w roku życia

7. Jak często Twoje dziecko stosuje kosmetyki (kremy pielęgnacyjne, perfumy, makijaż)?

codziennie lub prawie codziennie ☐ od czasu do czasu ☐ prawie nigdy lub nigdy ☐

8. Czy zdarzyło się Twojemu dziecku farbować włosy ?

Nie ☐ Tak ☐, po raz pierwszy w roku życia

9. Czy zauważyłaś/eś, że kontakt z określonymi substancjami lub przedmiotami u Twojego dziecka powoduje wyprysk (swędzącą wysypkę) na skórze?

Nie ☐ Tak ☐, kontakt z (podkreśl właściwe): metalami, kosmetykami, lekami, gumą, innymi (wymień).....

10. Czy Twoje dziecko ma taką swędzącą wysypkę TERAZ?

Tak ☐ Nie ☐

12. Czy Twoje dziecko miało taką swędzącą wysypkę w ciągu ostatniego roku?

Tak ☐ Nie ☐

13. Czy Twoje dziecko miało taką swędzącą wysypkę dawniej niż przed rokiem?

Tak ☐ Nie ☐