

Klinika za pediatrijo

Spoštovani,

Osební zdravnik je vašega otroka napotil na pregled v našo Pediatrično gastroenterološko ambulantó.

Vljúdnó vas prosimo, da pred pregledom v ambulanti izpolnite spodnji vprašalnik, saj nam bodo podatki pomagali pri ustrezni obravnavi vašega otroka.

PRIMEK IN IME (otroka): _____

Datum rojstva: _____

Datum pregleda: _____

Družinska anamneza – (Opišite ali so v družini prisotne bolezni - predvsem kronične. Predvsem so pomembne bolezni prebavil, vendar vpišite tudi vse druge kronične bolezni (npr. alergije, astma, rakave bolezni, sladkorna bolezen, epilepsija,...), ki na videz morda niso povezavi s otrokom vašega otroka. Upoštevajte vse sorodnike v prvem kolenu – sorojenci, teta, mama, stari starši; po potrebi pa tudi širše sorodstvo (tete, strici, sestrične, bratrance):

Perinatalna anamneza – (podatki o nosečnosti, porodu in zgodnjem poporodnem obdobju):

Nosečnost je potekala (ustrezno obkrožite)

- a) brez zapletov
b) z zapleti (Kakšni so bili zapleti? - npr. sladkorna bolezen, posebnosti ob UZ pregledu,...) _____

Porod je potekal (ustrezno obkrožite)

- a) brez zapletov
b) z zapleti (Kakšni so bili zapleti? - npr. carski rez, vakuumski porod,...) _____

Gestacijska starost otroka (v tednih nosečnosti): _____

Porodna teža otroka: _____ Porodna dolžina otroka: _____

Zgodnje poporodno obdobje je potekalo (ustrezno obkrožite)

- a) brez zapletov
b) z zapleti (kakšni so bili zapleti) _____

Otrok je bil dojen _____ mesecev.

Kot mlečni nadomestek je nato dobival: _____

Otrok je samostojno sedel pri ____ mesecih, shodil je pri ____ mesecih, govoriti je začel pri ____ mesecih.

Dosedanje bolezni – (Naštejete bolezni, ki jih je otrok do sedaj prebolel. Posebej označite bolezni zaradi katerih je bil hospitaliziran. Vpišite tudi bolezni, ki na videz morda niso v povezavi s trenutnimi težavami vašega otroka.)

Cepljenja: Do sedaj SO / NISO (ustrezno obkrožite) bila izvedena vsa predvidena cepljenja

Alergije: Do sedaj so bile ugotovljene alergije na:

Sedanja bolezen – (Opišite potek sedanje bolezni oz. težav zaradi katere ste bili napoteni v našo ambulantno. Poskusite biti čimbolj natančni. Najprej opišite glavno težavo. Potem so vam lahko v delno pomoč naslednja vprašanja. Kakšne so trenutne težave? Kdaj so se začele, oz. kako dolgo že trajajo? Ali se težave slabšajo ali izboljšujejo? Kako pogosto se pojavljajo (večkrat dnevno / vsak dan / nekajkrat tedensko / nekajkrat mesečno /...)? Ali se težave pojavljajo tudi dnevno? Ali so prisotne tudi ponoči in otroka motijo med spanjem? Ali otroka motijo med dnevnimi aktivnostmi? Ali so težave povezane z uživanjem določenih živil (npr. mleko, šenica, jajca,...)? Ali so težave vezane na kakšne druge vzročne dejavnike (veliki stres, rojstvo sorojenca, ločitev v družini, smrt sorodnika,...)? Kaj težave ublaži? Ali je bila do sedaj že uvedena kakšna dieta in ali je imela učinek? Ali je bilo uvedeno kakšno zdravljenje in ali je imelo učinek? Ali so bile do sedaj že opravljene kakšne preiskave in katere (priložite izvešče)? Če so prisotne kakšne druge posebnosti, ki se vam zdijo pomembne glede otrokovih težav, jih poskusite čimbolj natančno opredeliti.)

Trenutne prehranske navade otroka – (Poskušajte predvsem opisati posebnosti v otrokovi prehrani, morebitno izogibanje določeni hrani, oz. druge podatke o prehranskih navadah otroka, ki so morda pomembni).

Higienske navade otroka.

Otrok odvaja blato ____ krat dnevno.

Blato je normalne konsistence / mehkejše kot običajno / trše kot običajno / kašasto / tekoče (ustrezno označite).

Ob blatu opazamo sluz / kri na površju blata / kri pomešano z blatom / kri na papirju po odvajanju / kri v školjki po odvajanju / drugo _____ (ustrezno označite).

Odvajanje blata NI / JE boleče (ustrezno obkrožite).

Otrok blato odvaja tudi ponoči: NE / DA (kolikokrat? ____).

Urिनiranje JE / NI normalno (ustrezno obkrožite).

Zdravila, ki jih redno ali občasno prejema vaš otrok (lahko tudi zaradi drugih bolezni oz. težav).

Vpišite ime zdravila, dozo, dnevno količino, trajanje dajanja.

Zapišite tudi morebitne druge podatke, za katere menite, da bi lahko bili pomembni za obravnavo vašega otroka.

Podpis staršev: