**Уважаемый родитель или законный представитель!**

Просим заполнить медицинскую анкету, нужное в каждом случае подчеркните, в случае отсутствия какого-либо заболевания, состояния, поставьте слово «нет». Конфиденциальность ответов на следующие вопросы гарантируем.

1. Страдает ли ваш ребенок заболеваниями: сердца, почек, печени и др.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Страдает ли ваш ребенок пониженным (повышенным) артериальным давлением\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Страдает ли ваш ребенок ревматическими заболеваниями\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Перенесенные заболевания: гепатит, диабет, кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Хирургические вмешательства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Аллергия (лекарственная, пищевая), тип реакции, чем купируется приступ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Принимаемые лекарства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Переливания крови\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.Наблюдаются ли у вашего ребенка или были раньше следующие заболевания:

а) рецидивирующие язвы полости рта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) рецидивирующие грибковые инфекции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Уважаемый родитель или законный представитель!**

Просим заполнить медицинскую анкету, нужное в каждом случае подчеркните, в случае отсутствия какого-либо заболевания, состояния, поставьте слово «нет». Конфиденциальность ответов на следующие вопросы гарантируем.

Просим заполнить медицинскую анкету, нужное в каждом случае подчеркните, в случае отсутствия какого-либо заболевания, состояния, поставьте слово «нет». Конфиденциальность ответов на следующие вопросы гарантируем.

1. Страдает ли ваш ребенок заболеваниями: сердца, почек, печени и др.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Страдает ли ваш ребенок пониженным (повышенным) артериальным давлением\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Страдает ли ваш ребенок ревматическими заболеваниями\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Перенесенные заболевания: гепатит, диабет, кровотечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Хирургические вмешательства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Аллергия (лекарственная, пищевая), тип реакции, чем купируется приступ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Принимаемые лекарства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Переливания крови\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.Наблюдаются ли у вашего ребенка или были раньше следующие заболевания:

а) рецидивирующие язвы полости рта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) рецидивирующие грибковые инфекции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 в) длительная необъяснимая лихорадка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 г) длительные боли в горле или затрудненное дыхание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 д) постоянно увеличенные лимфатические узлы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 е) упорная диарея\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ж) недавняя потеря веса не в результате диеты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

з) упорные и сильные головные боли\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные анкеты являются врачебной тайной и не могут быть разглашены третьим лицам.

Анкета заполняется пациентом лично или его законным представителем.

Данная анкета является приложением к медицинской карте и будет сохранена

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в) длительная необъяснимая лихорадка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г) длительные боли в горле или затрудненное дыхание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

д) постоянно увеличенные лимфатические узлы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

е) упорная диарея\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ж) недавняя потеря веса не в результате диеты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

з) упорные и сильные головные боли\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные анкеты являются врачебной тайной и не могут быть разглашены третьим лицам.

Анкета заполняется пациентом лично или его законным представителем.

Данная анкета является приложением к медицинской карте и будет сохранена

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_