NZOZ Lecznica Dzieci i Dorosłych
Szpital im. I. Mościckiego sp. z o.o.

ANKIETA STANU ZDROWIA DLA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA HOSPITALIZOWANEGO Z POWODU ZABURZEŃ SNU

Nazwisko i imię Pacjenta:.....

Nazwisko i imię Rodzica / Opiekuna:.....

Telefon:.....E-mail:.....

Wiek:.....Wzrost:.....Waga:.....

1. Czy występują u Pana/Pani poniższe choroby? Proszę podkreślić lub wymienić.

1) **Choroby układu krążenia?** **TAK?** **NIE?**
Wady wrodzone serca? Zaburzenia rytmu serca? Choroby naczyń krwionośnych? Obrzęki?
Inne?:.....
Czy dziecko stosuje leki na nie? Proszę wymienić:
……

2) **Choroby układu oddechowego?** **TAK?** **NIE?**
Wady wrodzone układu oddechowego? Nieżyt nosa i/lub zatok? Astma? Mukowiscydoza? Infekcje górnych dróg oddechowych? Infekcje dolnych dróg oddechowych?
Inne?:.....
Czy dziecko stosuje leki na nie? Proszę wymienić:
……

3) **Choroby układu nerwowego?** **TAK?** **NIE?**
Wady wrodzone układu nerwowego? Padaczka? Nerwice? Mózgowe porażenie?
Inne?:.....
Czy dziecko stosuje leki na nie? Proszę wymienić:
……

4) **Choroby metaboliczne i hormonalne?** **TAK?** **NIE?**
Cukrzyca? Otyłość? Choroby tarczycy? Zaburzenia wzrostu i/lub rozwoju?
Inne?:.....
Czy dziecko stosuje leki na nie? Proszę wymienić:
……

5) **Choroby psychiatryczne?** **TAK?** **NIE?**
Depresja? Lęki? Schizofrenia? Autyzm? ADHD? Zaburzenia uwagi i nadpobudliwość?
Inne?:.....
Czy dziecko stosuje leki na nie? Proszę wymienić:
……

6) **Choroby alergiczne lub nietolerancje?** **TAK?** **NIE?**
Na leki? Na środki dezynfekcyjne? Na środki czystości? Na artykuły spożywcze?
Inne?:.....
Czy dziecko stosuje leki na nie? Proszę wymienić:
……

2. Czy dziecko narażone jest na używki? **TAK?** **NIE?**
Kawa? Herbata? Energetyki? Cola? Bierne palenie?
Inne?:.....

3. Czy w ostatnim czasie dziecko było hospitalizowane na oddziale?

1) **Z powodu operacji planowanej?** **TAK?** **NIE?**
   Jakiej?.....
2) **Z powodu stanu nagłego?** **TAK?** **NIE?**
   Jakiego?.....

4. Czy dziecko oczekuje w kolejce na zabieg/operację? **TAK?** **NIE?**

Jaki/Jaką?.....

4. Jaki charakter mają zaburzenia snu u dziecka? Proszę podkreślić lub wymienić.

Bezsenność? Bezdechy senne? Chrapanie? Nadmierna senność? Zaburzenia rytmu snu?

Inne?:.....

Czy dziecko przyjmuje jakieś leki i/lub suplementy na sen? Proszę wymienić:

……

6. Czy oprócz zaburzeń snu występują u dziecka jakieś inne niepokojące objawy i/lub schorzenia? **TAK?** **NIE?**

Proszę wymienić……

7. Czy chciałbyś/chciałabyś zadać dodatkowe pytanie i/lub przekazać informacje, które nie zostały poruszone w ankiecie? **TAK?** **NIE?**

1) ……
2) ……
3) ……

Oświadczam, że przeczytałem/łam powyższą ankietę stanu zdrowia, zrozumiałem/zrozumiałam treści zawarte w pytaniach, a podane przeze mnie odpowiedzi są pełne, prawdziwe i wyczerpujące. Jestem świadom/a ewentualnych zagrożeń dla zdrowia i życia wynikających z niedopełnienia obowiązku przedstawienia zespołowi lekarsko-pielęgniarskiemu szczegółów stanu zdrowia.

Data i podpis lekarza konsultującego	Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka