

Анкета по истории зрения ребенка и семьи и управлению рисками

ФИО ребёнка: _____

ФИО родителя/опекуна: _____

Возраст/дата рожд.: _____

Дата: _____

Вопросы по оценке риска предназначены для первого посещения для всех детей в возрасте до 3-х лет. Отмечайте все изменения в Истории зрения ребенка и семьи и контрольных вопросах при каждом последующем посещении.

История зрения ребенка и семьи (обведите «Да» или «Нет»)	ДА	НЕТ
Были ли у вашего ребенка когда-либо диагностированы заболевания глаз, задержка развития, эпилептические припадки, синдромы, генетические нарушения, нарушения обмена веществ или какие-либо системные заболевания, связанные с нарушениями зрения? *	ДА	НЕТ
Были ли у родителей или братьев/сестер ребёнка проблемы со зрением, требовавшие лечения в возрасте до 6-ти лет: амблиопия, катаракта, рак глаз или ношение очков? **	ДА	НЕТ
Родился ли ваш ребёнок в возрасте до 32 недель?	ДА	НЕТ

На вопросы наблюдения родитель/опекун отвечает при каждом посещении.

Обведите «Да» или «Нет» в ячейках справа то, что относится к вашему ребёнку	ДА	НЕТ
Есть ли у опекуна или учителя какие-либо опасения насчёт состояния глаз/ зрения ребёнка? **	ДА	НЕТ
Замечали ли Вы у ребёнка что-либо из следующего? *** <ul style="list-style-type: none"> ▪ Проблемы/ изменения в глазах: белки, зрачки, веки, ресницы или область вокруг глаз? ▪ Ненормальная реакция на свет? ▪ Частые головные боли? ▪ Косоглазие? ▪ Частое чесание глаз, моргание? ▪ Необычное слезотечение или выделения из глаз? ▪ Плохой визуальный контакт? ▪ Прикрывание или закрывание одного глаза при рассматривании вещей/объектов? ▪ Неправильное положение головы: наклон в сторону / вытягивание вперёд / отклонение назад при взгляде на интересующую вещь? ▪ Придвигание головы при взгляде на интересующую вещь близко к ней? ▪ Ошибочное восприятие расстояний при приближении к вещам/объектам? 	ДА	НЕТ
Если что-то из перечисленного верно, поясните подробнее:		

* Врачам: подробный список здесь [Болезни и состояния при отклонениях со зрением/ здоровьем глаз \(www.health.state.mn.us/docs/people/childreneyouth/ctc/visionscreen/discondassocvsn.pdf\)](http://www.health.state.mn.us/docs/people/childreneyouth/ctc/visionscreen/discondassocvsn.pdf)

** Подтверждение семейного анамнеза заболеваний глаз в возрасте до 6-ти лет, беспокойство родителей/опекунов или недавно диагностированное заболевание являются показанием для направления к офтальмологу.

*** Беспокойство родителей/ опекунов насчёт определённого поведения может указывать на необходимость направления к офтальмологу. Проблемы должны оцениваться при каждом посещении.

health.childteencheckups@state.mn.us
www.health.state.mn.us

Child and Family Vision History and Risk Assessment
Questionnaire
Министерство здравоохранения Миннесоты
Программа медосмотров детей и подростков
651-201-3650

12/2023

Для получения этой информации в другом формате звоните: 651-201-3650.