

## ЛИСТ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОПРОСА ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Приложение 2 к Порядку процессов «Ведение пациента»

Уважаемый пациент, разрешите сердечно приветствовать Вас!

Пожалуйста, ответьте на нижеперечисленные вопросы как можно точнее: это необходимо для детальной оценки Вашей ситуации и поможет нам выбрать оптимальный подход к коррекции зрения и лечению.

1. ФИО ребенка \_\_\_\_\_
2. Ваш контактный телефон, эл. почта \_\_\_\_\_
3. Какие у Вашего ребенка жалобы на зрение? \_\_\_\_\_
4. Когда началось ухудшение зрения? \_\_\_\_\_
5. Состоит ли Ваш ребенок на диспансерном наблюдении у офтальмолога? Если да, где и по какому заболеванию? \_\_\_\_\_
6. Когда Ваш ребенок последний раз был на приеме у офтальмолога? \_\_\_\_\_
7. Каким методом коррекции Ваш ребенок пользовался раньше? \_\_\_\_\_
8. Есть ли в семье близорукие родственники (кто именно)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Какие методы лечения близорукости применяли раньше? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Были ли операции или травмы глаз (укажите, какие)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Были ли другие операции или травмы? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Сколько раз в год Ваш ребенок болеет простудными заболеваниями? \_\_\_\_\_
13. Болел ли Ваш ребенок воспалительными заболеваниями глаз? (конъюнктивит, кератит, увеит, блефарит, ячмень). Если да, то какими и как часто? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Пожалуйста, подчеркните, какие инфекционные заболевания перенес Ваш ребенок: ветрянка, корь, скарлатина, эпидемический паротит (свинка), мононуклеоз, краснуха, другое \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Пожалуйста, отметьте, есть ли у Вашего ребёнка / переносил ли он следующие заболевания:
  - гепатит В, С (да / нет)
  - туберкулез (да / нет)
  - ВИЧ (да / нет)
16. Наблюдается ли Ваш ребенок у ЛОР-врача? (да / нет)
17. Наблюдается ли Ваш ребенок у невропатолога? (да / нет)
18. Наблюдается ли Ваш ребенок у эндокринолога? (да / нет)
19. Наблюдается ли Ваш ребенок у дерматовенеролога? (да / нет)
20. У каких других специалистов регулярно наблюдается Ваш ребенок? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
21. Есть ли у Вашего ребенка аллергия? Если да, то на что? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
22. Добавьте то, что считаете нужным сообщить о здоровье Вашего ребенка: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
23. Какие препараты Ваш ребенок принимает постоянно или курсами? \_\_\_\_\_
24. Каким видом спорта занимается Ваш ребенок? \_\_\_\_\_

Пожалуйста, напишите Ваши Ф.И.О., поставьте сегодняшнюю дату и свою подпись:

\_\_\_\_\_

**СПАСИБО ВАМ ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО!**