

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.

PRIIMEK IN IME (otroka): _____**Datum rojstva:** _____**Datum pregleda:** _____

Družinska anamneza – (Opíšite 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 v povezavi s težavami vašega otroka. Upoštevajte vse sorodnike v prvem kolenu – sorojenci, oče, 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: _____

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 opazimo 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? ____).

Uriniranje 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 zdravljenja.

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

Podpis staršev: