****

**Fakultní nemocnice v Motole**

**Oddělení revmatologie dětí a dospělých**

Prim. doc. MUDr. Rudolf Horváth, PhD.

**Dotazník pro rodiče a ošetřujícího pediatra**

**Jméno dítěte**………………………………………………………………………………...

**rodné číslo**:…………………………………………………………**pojišťovna:**………….

**Bydliště**……………………………………………………………………………………...

**telefon**:……………………………….

**PLDD/ošetřující lékař**: MUDr. ………………..…………………**telefon**:……………….

**Perinatální anamnéza**:

**těhotenství**: *1. 2. 3. 4.*  **průběh**: *fyziologickýrizikový*

**porod** *1. 2. 3 . 4.* **v termínu**: *ano* *ne*

*záhlavím císařský řez*  **komplikace po porodu**: *neano*

**porodní délka***...........cm* **hmotnost** *………g* **žloutenka po porodu***neano*

**Profylaktická data**:

**V 1. roce věku prospíval/a dobře**? *ano ne*

**Růst (výška/váha)**

**3 měs …………… 3 r. …………..**

**6. měs …………… 4 r. …………..**

**1 rok …………… 5 let ………….**

**1,5 r. …………… 6 let ………….**

**2 r. …………… 7 let ………….**

**Psychomotorický vývoj** (chůze, jemná motorika, řeč a pod.)

*v normě opožděn/a*

**Očkování:** *dle doporučení navíc …………………*

*chybí ………………….*

**Reakce po očkování**: *ne ano*

*Jaké?...........................................................................................*

**Epidemiologická anamnéza:**

**Kontakt se zvířaty:** *ne ano Jakými:*

*………………………………………………………………………………………………………………*

**Zahraniční cesty:** *ne ano Kam a kdy:*

*………………………………………………………………………………………………………………*

**Onemocnění pro které je dítě sledováno** (včetně alergií, očních vad, poruch sluchu, šelestů a pod.)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Rodina: původem:** *z Čech / ze Slovenska odjinud*

…………………………………………………………………………………………………

**příbuzenský vztah mezi rodiči** *ne ano*

…………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **OTEC** | **otcův otec** | **otcova matka** | **MATKA** | **matčin otec** | **matčina matka** |
| **Ročník narození** |  |  |  |  |  |  |
| **Povolání** |  |  |  |  |  |  |
| **Opakované horečky v dětství** | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* |
| **Tonzilektomie** | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* |
| **Onemocnění ledvin / dialýza** | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* | *ano*  *ne* |
| **Jiné nemoci** |  |  |  |  |  |  |

**Sourozenci**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Jméno** | **Rok narození** | **Často nemocný/á** | **Opakované angíny** | **Opakované horečky** | **Horečky od věku** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |

**Nemocnost dítěte:**

**Měl/a plané neštovice**: *ne ano* **ve věku** ..……….. **komplikované** *ne* ano

**Frekvence onemocnění za rok dle věku:**

***Období Frekvence/rok Antibiotika/rok Nejčastější klinický obraz***

**1. rok:**  ……………… ………………… rýma kašel stř. ucho moč. infekce angina

**2-5 let:** ……………… ………………… rýma kašel stř. ucho moč. infekce angina

**Školní věk:** …………….. ……………….. rýma kašel stř. ucho moč. infekce angina

**Pokud angína/tonzilofaryngitida- byl dělaný průkaz streptokoka?**

**Strep-test** *ne ano kolikrát? ………* **výtěr krku:** *ne ano kolikrát? ……*

Výsledek:………………………………………………………………………………………

**Vyšetření moči pro podezření na močovou infekci** *ne ano kolikrát? …… …………*

Výsledek………………………………………………………………………………………………

**ORL vyšetření pro podezření na zánět stř. ucha** *ne ano kolikrát? ……*

Výsledek…………………………………………………………………………………………

**Charakteristika horeček:**

**První horečnaté onemocnění ve věku** ……………….**diagnóza**: ………………………….

**Souvislost s očkováním**: *ne ano* - kterým :………………………………..

**Nejvyšší teploty v atace:** ………………………°C

**Trvání jedné ataky horečky**(nejkratší a nejdelší interval)*: od ………. do……..*dnů

**Trvání mezidobí mezi atakami horeček** (nejkratší a nejdelší interval)

*od ……….do………* dnů

**Pravidelnost** (až do té míry, že se ataka dá předvídat?) ne ano

**Prodromy** (příznaky před nástupem horečky):ne ano

Jaké?:……………………………………………………………………………………

**Provokující/spouštěcí faktory? Jaké?** ne ano ……………………………….......

**Příznaky v epizodě horeček:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **vždy** | **někdy** *nebo* **často** | **nikdy** | **nevím** |
| **Únava** |  |  |  |  |
| **Třesavka** |  |  |  |  |
| **Tonsilitída/angína/ faryngitída** |  |  |  |  |
| **Afty v ústech** |  |  |  |  |
| **Zvětšené uzliny**   * **krční** * **jiné** |  |  |  |  |
| **Kožní vyrážka\*** |  |  |  |  |
| **Bolest hlavy** |  |  |  |  |
| **Bolest na hrudníku** |  |  |  |  |
| **Bolest břicha** |  |  |  |  |
| **Zvracení** |  |  |  |  |
| **Průjem** |  |  |  |  |
| **Zácpa** |  |  |  |  |
| **Zánět spojivek\*** |  |  |  |  |
| **Jiné oční projevy\*** |  |  |  |  |
| **Bolest kloubů** |  |  |  |  |
| **Bolest kostí** |  |  |  |  |
| **Bolest svalů** |  |  |  |  |
| **Otok kloubů\*** |  |  |  |  |
| **Jiné** |  |  |  |  |

\**pokud byla zhotovena fotodokumentace, prosíme přinést na vyšetření*

**Mají epizody vždy stejný (stereotypní) charakter?** ne ano

**Byly vyšetřovány zánětlivé parametry (CRP)**? ne ano

Naměřené hodnoty: …………… mg/l který den teplot? …………………

…………… mg/l který den teplot? …………………

…………… mg/l který den teplot? …………………

…………… mg/l který den teplot? …………………

…………… mg/l který den teplot? …………………

**Léky podávané v atace teplot:**

**Paracetamol** (Paralen, Panadol) *ne ano*

**Ibuprofen** (Nurofen, Brufen, Ibalgin) *ne ano*

**Kortikoidy** (Prednison, Rectodelt) *ne ano*

který den teplot: ……………. dávka: ………….. zatím kolikrát:

efekt: ne ano ……………………………….......

**Antibiotika:**

Dostává Vaše dítě při epizodách horeček antibiotika? *ne ano*

Kolikrát doposud………………………………

Zvládlo někdy typickou epizodu horeček bez antibiotik? *ne ano*

Kolikrát doposud……………………………….

**Jiné pravidelně užívané léky:**

……………………….…………………………………………………………………………

……………………….…………………………………………………………………………

Modifikováno dle dotazníku Revmatologie KDDL VFN, prof. MUDr. P. Doležalová, CSc., verze 2017

**Kontakt:**

Revmatologie dětí a dospělých FN Motol

Tel. 224433819

e-mail: [hana.malcova@fnmotol.cz](mailto:hana.malcova@fnmotol.cz), [dita.cebecauerova@fnmotol.cz](mailto:dita.cebecauerova@fnmotol.cz)