

## Анкета для детской консультации

	<p>- Укажите Вашу страну проживания          - Укажите страну, в которую Вы будете заказывать витамины          (Украина\Европа\Турция)</p> <p>(если страны совпадают - напишите только одну страну)</p>	
1	ФИО ребенка	
2	Дата рождения ребенка	
3	Рост и вес ребенка	
4	ФИО родителя	
5	<p>Номер телефона родителя:</p> <p>а. Какой для Вас удобный мессенджер для связи? (<i>whatsapp / telegram / zoom</i>)</p> <p>б. Ваш номер телефона для связи или номер на котором зарегистрирован удобный мессенджер?  <i>(пожалуйста, напишите номер в международном формате: +380... +1... +90... +48... +49... +33...)</i></p>	
6	В какое время просыпается и засыпает Ваш ребенок? Приносит ли сон удовольствие?	
7	Сложно ли ребенку просыпаться по утрам?	
8	Замечали ли Вы у ребёнка скрип зубами и/или слюнотечение во время сна?	
9	Бывает ли у ребенка потливость ночью?	
10	Наблюдается ли беспокойный сон, раздражительность,	
11	Чувствуете ли ребенок дефицит энергии? Бывает ли проявление вялости и сонливости без видимых на то причин?	
12	Есть ли у ребенка синяки под глазами и бледность кожи?	
13	Есть ли у ребенка хронические заболевания?	
14	Чувствуете ли ребенок боль в теле? Если да то где?	
15	Бывают ли боли в ногах после долгой	

	активности (пробежки, ходьба, прогулки)	
16	Наблюдается ли ломкость и слоистость ногтей?	
17	Как часто бывают проявления кандидоза?	
18	Есть ли пожелтение склер глаз или кожи лица?	
19	Какой уровень физической нагрузки? Занимается ли Ваш ребёнок спортом? Если да, то напишите каким видом и количество тренировок в неделю?	
20	Были ли хирургические операции (травмы), укажите даты проведения и причины?	
21	Какие лекарства принимал ребенок за последний год?	
22	Был ли у ребенка прием антибиотиков? Укажите количество и продолжительность курсов приема.	
23	Какие витамины ребенок пил за последние 3 месяца? И какие принимаете сейчас	
24	Какие лекарства Вы принимаете? <i>(Не витамины. Например: статины, эутирокс; л-тироксин)</i>	
25	Сколько чистой воды ребенок выпивает в день?	
26	В случае имеющихся аллергических реакций, укажите вещества которые вызывают аллергию и симптомы проявления?	
27	Есть ли у ребенка высыпания на коже тела или лица?	
28	Есть ли у ребенка кожный зуд в месте без видимых причин и проявлений?	
29	Наблюдается ли у ребенка сухая кожа на руках и ногах и/или облезание кожи с кончиков пальцев рук, ладоней, ступней?	
30	Часто ли Вы обращаетесь к стоматологу в вопросах кариеса?	
31	Выберите пункты, который вы наблюдали у ребенка, подчеркните нужное и уточните как часто и продолжительно:  • Тошнота	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отрыжка воздухом</li> <li>• Запах изо рта</li> <li>• Излишнее газообразование</li> <li>• Боли в животе сразу после еды</li> <li>• Боли в околопупочной области</li> <li>• Плохой аппетит</li> <li>• Сильная тяга к сладкому, дрожжевому, мучному</li> </ul>	
32	<p>Выберите пункты, который вы наблюдали у ребенка, подчеркните нужное и уточните как часто и продолжительно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Запоры, жидкий стул или неустойчивый стул</li> <li>• Стул плохо смывается с поверхности унитаза</li> <li>• В стуле встречаются кусочки пищи и волокон</li> <li>• После опорожнения кишечника в туалете остается стойкий и неприятный запах</li> <li>• Зуд в области заднего прохода</li> </ul>	
33	<p>Наблюдается ли у ребенка частое мочеиспускание.</p>	
34	<p>Выберите пункты, который вы наблюдали у ребенка, подчеркните нужное и уточните как часто и продолжительно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ребенок часто болеет вирусными инфекциями (чаще 3-4 раз в год)</li> <li>• Ребенок болеет без температуры</li> <li>• Частые ангины. Аденоиды. Отиты.</li> <li>• Гнойные пробки на миндалинах не во время обострений тонзиллита.</li> <li>• Увеличение лимфатических узлов (подчелюстные, околоушные)</li> <li>• Заложенность носа, на которую практически не влияют лекарства и капли для носа.</li> <li>• Начинается течь из носа при переходе с холода в тепло, при том что ребенок не болен.</li> </ul>	
35	<p>Есть ли у ребенка непереносимость на определенные типы продуктов, глютен, молоко?</p>	
36	<p>Опишите рацион ребёнка за последних два дня, учитывая перекусы и основные приемы пищи (завтрак, обед, ужин).</p>	
37	<p>Есть ли у Вас цель изменить вес ребенка? (уменьшить или увеличить)</p>	
38	<p>Что вас беспокоит в состоянии ребенка?</p>	

	<p><b>Укажите Ваши запросы на консультацию.</b></p> <p><i>*С чем Вы хотите поработать в первую очередь на консультации с нутрициологом?</i></p>	
39	<p>Болел ли Ваш ребенок Covid-19?</p> <p>Если болел:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Как давно?</li><li>- Какие осложнения после заболевания Вы заметили?</li></ul>	