

Dostáváte do rukou zdravotní dotazník, který vyplňte a odevzdejte při první návštěvě dětského lékaře (pediatra). Pediatra si vyberte dle místa ubytování v seznamu, který je umístěn v Krajském asistenčním centru pomoci Ukrajině nebo na níže uvedených odkazech.

Ви отримаєте медичну анкету, яку ви заповните та подасте при першому візиті до педіатра. Оберіть педіатра за місцем проживання у списку, який знаходиться в КАСРУ або за адресою:

<https://ukrajina.kraj-lbc.cz/uzitecne-odkazy-a-informace>

<https://ukrajina.kraj-lbc.cz/rady-pro-usnadneni-pobytu>

Zdravotní dotazník – dítě (Медична анкета -дітина)

I. Základní informace

Jméno (І'мя):

Příjmení (Фамилия):

Datum narození (Дата народження):

Číslo pojištěnce v ČR (Номер страховки в Чехії):

Adresa pobytu na území ČR (Адрес в Чехії):

Číslo a typ dokladu o identitě (Номер паспорта для ідентифікації):

Kontakt telefon (Номер телефона):

Kontakt e-mail (Емайл):

II. Zdravotní stav

1. Osobní anamnéza (Особистий анамнез)

a) akutní (раптово)

Zaškrtněte dítětem prodělaná onemocnění v minulosti (Позначте ті хвороби, якими переболіла ваша дітина в минулому):

- Tuberkulóza (Туберкульоз)
- Virová hepatitida A,B,C (Вірусний гепатит А,В,С)
- Dětské nemoci (Spalničky/ Кір, Příušnice/ Свинка, Zarděnky/ Краснуха, Záškrt/ Дифтерія, Černý kašel/ Чорний кашель)
- Tetanus (Тетан)

Bylo dítě v posledních 21 dnech v kontaktu s osobou, u které bylo potvrzeno akutní infekční onemocnění, pokud ano, jaké (Чи була дітина в останніх 21 днях в контакті з особою, в якій було підтверджено інфекційне захворювання, якщо так, то яке):

Bylo u dítěte v posledních 21 dnech potvrzeno akutní infekční onemocnění, pokud ano, jaké (Чи було у дитини в останніх 21 днів підтверджено інфекційне захворювання, якщо так то яке):

Má dítě v současné době nějaké akutní potíže? (Має дитина на даний момент проблеми)?

- Teplota (Гарячка)
- Kašel (Кашель)
- Průjem (Понос)
- Bolesti břicha (Біль в животі)
- Bolesti hlavy (Головна біль)
- Vyrážka (Висип)
- Zahmyzení (vši, blechy, svrab)(Воші, блохи, короста)
- Jiné (Інше)

Vyžaduje dítě akutní pomoc z důvodu chronické nemoci? (Потребує дитина не відкладну допомогу)?

- Cukrovka (Сахарний діабет)
- Onemocnění srdce (Захворювання серця)
- Onemocnění plic (Захворювання легких)
- Onemocnění ledvin (Захворювання нирок)
- Neurologické onemocnění (Неурологічне захворювання)
- Nemoci zažívacího traktu (Захворювання травного тракту)
- Nádorové onemocnění (Онкологічне захворювання/рак)
- Jiné (Інше)

Máte dostatek léků pro dítě pro léčbu svého onemocnění (na min. 7 dní)? (Маєте достаточну ліків для дитини для лікування свого захворювання)?

ANO/так NE/ні

Potřebujete nějaký lék akutně? Pokud ano, jaký? (Вам потрібні терміново ліки? Якщо так, які)?

.....

Používá dítě nějaké zdravotnické pomůcky? (Дитина користується медичними засобами? Якими)?

ANO/ТАК NE/НІ

Jaké? (Якими)?

b) Dlouhodobá/довготривающа

Chronické onemocnění, specializovaná péče (Хронічне захворювання):

Trvalá léčba, léky (Довготриваюче лікування, ліки):

Nemocnost (Хвороба):

Alergie (Алергія):

2. Rodinná anamnéza (Домашня анамнезія)

Jméno a rok narození matky, profese (Ім'я та дата рік народження матері, професія):

Jméno a rok narození otce, profese (Ім'я та рік народження батька, професія):

- závažná/chronická onemocnění u rodičů a prarodičů (astma bronchiale, ekzém, alergie, cukrovka, vysoký tlak,)/ важке/хронічне захворювання у батьків та прародичів (астма, екзема, алергія, сахарний діабет, підвишений тиск,.....)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Očkování (Щеплення)

Bylo dítě očkováno proti všem onemocněním podle očkovacího kalendáře UA? (je nutné doložit!)

Має дитина всі види щеплення по всьому списку щеплень на Україні? (Потрібно прикласти документ!)

ANO/ТАК N/НІ

Pokud ne, zaškrtněte, které očkování chybí (Якщо ні, позначте яких щеплень немає):

- | | |
|---|--------------------------|
| Spalničky / Кір | <input type="checkbox"/> |
| Zarděnky / Краснуха | <input type="checkbox"/> |
| Příušnice / Свинка | <input type="checkbox"/> |
| Záškrt / Дифтерія | <input type="checkbox"/> |
| Tetanus /Тетан | <input type="checkbox"/> |
| Černý kašel /Чорний кашель | <input type="checkbox"/> |
| Přenosná dětská obrta / Портативний поліомієліт | <input type="checkbox"/> |
| Virová hepatitida B/ Вірусний гепатит В | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulóza/ Туберкульоз | <input type="checkbox"/> |

Bylo dítě očkováno proti některé jiné nemoci? Pokud ano, proti které? (Дітина має щеплення проти інакшого захворювання, якщо так, проти якого)?

.....

4. Covid-19

Prodělalo dítě v posledních 6 měsících onemocnění covid-19? (Дітина переохворіла в останніх 6 місяців ковідом)?

ANO/так NE/ні

(Дітина переохворіла в останніх 6

Bylo dítě proti onemocnění covid-19 očkováno? (Дітина була щеплена від ковіду)?

ANO/так NE/ні

Chcete, aby Vaše dítě bylo očkováno proti covid-19? (Хочете щоб дітина мала щеплення від ковіду)?

ANO/так NE/ні

Podpis rodiče / zástupce dítěte (Підпис батьків/заступника дітини):

Datum (Дата):