**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 KACPU або за адресою:**

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

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

**Zdravotní dotazník – dítě (Mедична анкета -дітина)**

1. **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)**:**

1. **Zdravotní stav**
2. **Osobní anamnéza (Особистий анамнез)**
3. **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 A,В,C)
* 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 контакі з особою, в якої було підтвердженно інфекційне захворювання, якщо так, то яке):**

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

**Má dítě v současné době nějaké akutní potíže? (Має дітина на данний 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 дітина не відкладну допомогу)?**

* Cukrovka (Сахарний діаебт)
* Onemocnění srdce (Захворювання серця)
* Onemocnění plic (Захворювання легких)
* Onemocnění ledvin (Захворювання нирок)
* Neurologické onemocnění (Неурологічне захворювання)
* Nemoci zažívacího traktu (3ахворювання травного тракту)
* Nádorové onemocnění (Онкологічне захворювання/рак)
* Jiné (Інше)

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

**🞎 ANO/так 🞎 NЕ/НІ**

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

**………………………………**

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

**🞎 ANO/ТАК 🞎 NE/НІ**

**Jaké? (Якими)? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Dlouhodobá/довготривающя**

Chronické onemocnění, specializovaná péče (Хронічне захворювання):

Trvalá léčba, léky (Довготривающе лікування, ліки):

Nemocnost (Хвороба):

Alergie (Алергія):

1. **Rodinná anamnéza (Домашня анамнезія)**

Jméno a rok narození matky, profese (Ім‘я та дата рік народження матери, 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 діаебт, повишений тиск,…..)

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

1. **Očkování (Щеплення)**

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

**Має дітина 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 🞎

Zarděnky / Краснуха 🞎

Příušnice / Свинка 🞎

Záškrt / Дифтерія 🞎

Tetanus /Тетан 🞎

Černý kašel /Чорний кашель 🞎

Přenosná dětská obrna / Портативний поліомієліт 🞎

Virová hepatitida B/ Вірусний гепатит В 🞎

Tuberkulóza/ Туберкульоз 🞎

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

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

1. **Covid-19**

**Prodělalo dítě v posledních 6 měsících onemocnění covid-19? (Дітина перехворіла в послідніх 6 місяців ковідом)? 🞎 ANO/так 🞎 NE/ні**

**Bylo dítě proti onemocnění covid-19 očkováno? (Дітина була щепленна 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): …………………………………..**