

# KARTA MAŁEGO PACJENTA

1. Imię i nazwisko dziecka,
  2. Imię i nazwisko opiekuna dziecka , kontakt tel./email.
  3. Grupa krwi dziecka ,            wiek,            wzrost,            waga
  4. Jak przebiegała ciąża oraz poród? (czy były jakieś komplikacje)
  5. Czy dziecko było wcześniakiem?
  6. Czy dziecko jest lub było karmione piersią matki czy też sztucznie?
  7. Na jakie choroby chorowało? Czy przebyło jakąś operację/zabieg chirurgiczny?
  8. Czy w chwili obecnej zażywa jakieś leki, zastrzyki, maści, witaminy?
  9. Czy dziecko jest na coś uczulone? Jeśli tak to na co?
  10. O której godzinie
    - a) wstaje
    - b) odpoczywa w ciągu dnia,
    - c) kładzie się spać?
  11. Sen
    - a) czy dziecko łatwo zasypia?
    - b) czy dziecko śpi spokojnie w nocy? ( jeśli wybudza się to w jakich godzinach i z jakiej przyczyny, np. zły sen, moczenie, pragnienie, głód etc.?)
    - c) czy dziecko wstaje wypoczęte?
  12. Nawyki żywieniowe (dieta) Jak wygląda jadłospis dziecka
    - a) je z apetytem czy raczej jest „niejadkiem”?
    - b) spożywa fast foody (chipsy, frytki, hot dogi, pizze, słodczyce)?
    - c) je mrożonki, cytrusy, żywność z mikrofalówki, modyfikowaną genetycznie, puszki?
- I Śniadanie(proszę podać minimum po 3 przykłady) godz.**

- |    |    |
|----|----|
| a) | b) |
| c) | d) |

**II Śniadanie (proszę podać minimum po 3 przykłady) godz.**

- a) b)  
c) d)

**Obiad (proszę podać minimum po 3 przykłady) godz.**

- a) b)  
c) d)

**Deser / Przekąski (proszę podać minimum po 3 przykłady) godz.**

- a) b)  
c) d)

**Kolacja (proszę podać minimum po 3 przykłady) godz.**

- a) b)  
c) d)

**13. Napoje (ilość, rodzaj, czy są dosładzane, pite są przed, w trakcie czy po posiłku w odstępie czasowym ?)**

- a) b)  
c) d)

**14. Obecne samopoczucie i ogólny temperament dziecka**

- a) czy dziecko jest apatyczne, pogodne, czy nadpobudliwe lub wręcz agresywne?  
b) czy dziecko ma problem ze skupieniem się, koncentracją?

**15. Ilość wypróżnień w ciągu dnia (w przypadku dzieci od 3 r. ż.)**

- 3 razy dziennie, odbywa się łatwo około 1-2 godzin po posiłku
- 1-2 razy dziennie, codziennie
- co drugi dzień lub rzadziej (przy pomocy środków przeczyszczających)

**16. Jaki zapach ma ciało i oddech dziecka?**

- przyjemny
- nieprzyjemny, podobny do...
- czy są pory dnia lub sytuacje, które powodują jego intensywnienie?

**17. Ile czasu spędza dziecko na świeżym powietrzu w ciągu dnia?**

**18. Ile godzin dziennie korzysta dziecko z komputera, TV, tel. kom. ?**

(pytanie dotyczy dziecka starszego, w przypadku malucha proszę napisać nie dotyczy)

**19. Aktywność fizyczna, na co dzień (rodzaj, częstotliwość, ilość godzin)?** (pytanie dotyczy dziecka starszego, w przypadku malucha proszę napisać nie dotyczy)

**20. Jaki jest aktualnie powód konsultacji?**

*Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany o ochronie moich danych osobowych oraz że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.*

**Miejscowość, data**

**Podpis opiekuna dziecka**