

Badanie płodności po chemio- i radioterapii w dzieciństwie i okresie młodzieńczym (FeCt)

We współpracy z Instytutem Roberta Kocha
Oddział Epidemiologii i Raportowania Stanu Zdrowia

Badanie potomstwa

Drogi Uczestniczki/Drodzy Uczestnicy programu,

Serdecznie dziękujemy Wam za udział w naszym projekcie FeCt oceniającym potomstwo, dzięki któremu będziemy w stanie dowiedzieć się więcej na temat stanu zdrowia potomstwa pacjentów leczonych w dzieciństwie z powodu choroby nowotworowej. Chcielibyśmy poprosić Cię, jako byłego pacjenta/pacjentkę, względnie brata lub siostrę byłego pacjenta, o wypełnienie ankiety, oddzielnie dla każdego z Waszych biologicznych dzieci. Jeśli potrzebujecie Państwo kwestionariuszy dla większej liczby dzieci, chętnie je Państwu doślemy. Jeśli chcecie Państwo zamówić więcej kwestionariuszy lub macie jakiegokolwiek pytania dotyczące badania – jesteśmy do Państwa dyspozycji pod niżej podanym numerem telefonu lub adresem mailowym. Jeśli nie jesteście Państwo pewni przy niektórych pytaniach, prosimy o udzielenie odpowiedzi najbliższej prawdzie. Prosimy o zakreślanie prawidłowych odpowiedzi krzyżykiem w odpowiednim kwadraciku lub wpisanie treści w danej linii. Wszystkie odpowiedzi będą zapisane i analizowane z zachowaniem anonimowości.

Osoby odpowiedzialne za badanie na terenie Polski

Klinika Onkologii i Hematologii Dziecięcej

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku
Ul. Waszyngtona 17
15-274 Warszawa

Telefon/Fax: 085-7450-846
Email: onkdziec@umb.edu.pl

Informacje wydawnictwa:

Wydawnictwo: "Badanie FeCt", Charité – Centrum Medyczne Uniwersytetu w Berlinie
We współpracy z "Badaniem KiGGS", Instytut Roberta Kocha, Berlin

Układ graficzny: da vinci design GmbH, Berlin

Zdjęcie: Anja Borgmann-Staudt

© Berlin, 2012 (PL)



To ja, w wieku 7 lat, razem z moją siostrą. Niezależnie od pogody, chętnie przebywałyśmy na zewnątrz, gdzie zawsze było coś do odkrycia. Nie zawsze udawało nam się uniknąć przeziębienia, ale przynajmniej i tym doświadczeniem mogłyśmy się potem dzielić.

Więc teraz wiecie coś o mnie, gdy byłam mała.

A teraz pora na Was. Wasze informacje pomogą nam dowiedzieć się więcej o stanie zdrowia potomstwa dawnych pacjentów leczonych w dzieciństwie z powodu choroby nowotworowej, po to, by udzielać lepszych porad przyszłym pacjentom po leczeniu onkologicznym i ich rodzinom.

PD Dr. med. Anja Borgmann-Staudt

Pediatra, Charité – Centrum Medyczne Uniwersytetu w Berlinie
Kierownik Badania FeCt

Dane personalne

1 Proszę podać swój kraj urodzenia, jako Matki/Ojca dziecka oraz Państwa rodziców.
(Proszę podać kraj urodzenia zarówno rodziców jak i dziadków dziecka.)

	Polska	Inny kraj	Proszę podać jaki
Matka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matka matki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ojciec matki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ojciec	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matka ojca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ojciec ojca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2 Proszę podać liczbę dzieci, których jest Pan(i) biologicznym(-ą) Ojcem/Matką.

biologicznych dzieci

3 W którym tygodniu ciąży urodziło się Państwa dziecko?

tydzień ciąży

Czy do poczęcia Państwa dziecka stosowano sztuczne metody?

Tak → Jeśli tak, którą z metod zastosowano:

Sztuczne zapłodnienie drogą in vitro (IVF)

Sztuczne zapłodnienie drogą mikroinjekcji pojedynczych plemników (ICSI)

Nie

4 Podstawowe dane dotyczące dziecka.

Data urodzenia: Dzień Miesiąc Rok

Płeć: Męska Żeńska

Proszę podać urodzeniową masę ciała oraz długość Państwa Dziecka

Okolo gramów Okolo centymetrów

5 Proszę wskazać osoby, z którymi dziecko spędza najwięcej czasu.
(Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź!)

Rodzice biologiczni

Matka i jej Partner

Ojciec i jego Partnerka

Matka

Ojciec

Dziadkowie lub inni krewni

Rodzice zastępczy/Rodzina adoptująca

Dziecko przebywa w Domu Dziecka

Przebyte choroby

6 Jak opisał(a)by Pan(i) ogólny stan zdrowia swojego Dziecka?

Bardzo dobry Dobry Średni Zły Bardzo zły

7 Proszę zaznaczyć które z wymienionych chorób infekcyjnych przebyło Państwa Dziecko?

	Tak	Nie	Nie wiem
Krztusiec	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Świnka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Różyczka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ospa wietrzna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Płonica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mononukleozą zakaźną	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Tak	Nie	Nie wiem
Zakażenie wirusami z rodziny Herpes (opryszczka wargowa, aftowe zapalenia jamy ustnej)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zakażenia Salmonella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wirusowe zapalenia wątroby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zapalenie płuc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostre zapalenie ucha środkowego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8 Proszę podać, które z wymienionych chorób przeżyło Państwa Dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy i jak często. (Jeżeli Państwa Dziecko nie chorowało na daną chorobę proszę wpisać cyfrę 0)

Przeziębienie, grypa	<input type="text"/>	ilość razy
Bakteryjne zapalenie gardła (Angina)	<input type="text"/>	ilość razy
Zakażenie wirusami z rodziny Herpes (opryszczka wargowa, aftowe zapalenia jamy ustnej)	<input type="text"/>	ilość razy
Zapalenie oskrzeli	<input type="text"/>	ilość razy
Nadgłośniowe zapalenie krtani/krup	<input type="text"/>	ilość razy
Biegunka, infekcje żołądkowo-jelitowe	<input type="text"/>	ilość razy
Zapalenie pęcherza moczowego i/lub dróg moczowych	<input type="text"/>	ilość razy
Zapalenie spojówek z ropną wydzieliną (bakteryjne)	<input type="text"/>	ilość razy
Zapalenie płuc	<input type="text"/>	ilość razy
Ostre zapalenie ucha środkowego	<input type="text"/>	ilość razy

9 Czy Państwa Dziecko chorowało kiedykolwiek na niżej wymienione choroby?

	Tak	Nie	Nie wiem
Katar sienny (alergia, alergiczne zapalenie spojówek)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurodermit (przewlekła świerzbiączka, świąd, egzema, szczególnie w okolicach łokci oraz w okolicach dołów podkolanowych)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wyprysk kontaktowy alergiczny (wysypki po kontakcie z np. niklelem zawartym w biżuterii, zegarkach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Łuszczyca (nie łupież zwykły)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obturacyjne zapalenie oskrzeli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10 Czy biologiczni Rodzice Dziecka mają jakieś alergie (cierpią z powodu alergii/są na coś uczuleni)?

Tak Nie Nie wiem



Jeżeli tak, proszę zaznaczyć postać alergii.

	Matka	Ojciec
Katar sienny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurodermit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astma o podłożu alergicznym	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11 Czy inne osoby mieszkające z dzieckiem cierpią z powodu alergii wymienionych w pytaniu 10?

Tak

Nie

→ Jeśli tak, proszę podać stopień pokrewieństwa z dzieckiem

.....

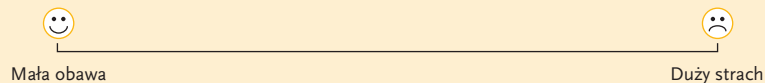
12 Czy Twoje Dziecko chorowało kiedykolwiek na chorobę rozrostową (nowotworową)?

Tak → Jeśli tak, to na jaką?

Nie



Jeżeli **nie**, proszę podać jak bardzo obawia się Pan(i), iż Państwa Dziecko zachoruje na chorobę nowotworową (proszę narysować pionową kreskę na skali zamieszczonej poniżej)



13 Czy u Państwa Dziecka kiedykolwiek stwierdzono jakiegokolwiek rodzaju wady rozwojowe (np. rozszczep)?

Tak → Jeśli tak, proszę podać rozpoznanie

Nie

14 Czy Państwa Dziecko miało kiedykolwiek zaburzenia widzenia?

	Tak	Nie	Nie wiem
Krótkowzroczność	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dalekowzroczność	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astygmatyzm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Jeśli tak, czy Państwa Dziecko używa okularów lub soczewek kontaktowych?

Tak Nie



Od jakiego czasu Dziecko używa okularów/soczewek kontaktowych? (Proszę podać wiek pierwszego zastosowania, w latach)

lat

15 Czy Państwa Dziecko ma trwałe uszkodzenie słuchu?

Tak Nie Nie wiem



Jeśli tak, to czy używa aparatu słuchowego?

Tak Nie

16 Proszę podać które z wymienionych chorób były kiedykolwiek zdiagnozowane u Państwa Dziecka?

	Tak	Jeżeli tak, proszę podać nazwę rozpoznania	Nie	Nie wiem
Choroby krwi (schorzenia hematologiczne takie jak np. niedokrwistość, czyli anemia, małopłytkowość)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choroba serca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drgawki, napady drgawkowe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migrena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)/nadpobudliwość	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choroba tarczycy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cukrzyca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choroby kręgosłupa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Czy Państwa Dziecko choruje na inne choroby niewymienione powyżej?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Czy martwi się Pan(i), iż Państwa Dziecko może mieć w przyszłości problem zdrowotne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dolegliwości bólowe

17 Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy Państwa Dziecko cierpiało z powodu bólu?

Nie, Moje Dziecko nie miało żadnych dolegliwości bólowych..... → Proszę przejść do pytania 21

Tak, Moje Dziecko ma dolegliwości bólowe..... ↓ Proszę wskazać rodzaj występującego bólu i jego częstość.

	Tak jeden epizod	Tak wielokrotnie	Nie
Ból głowy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból pleców	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból ucha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból oka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból brzucha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból w podbrzuszu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból rączek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból nówek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból w klatce piersiowej	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból gardła (w okolicy gardła?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból zębów	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inny-proszę podać lokalizację			

18 Proszę podać rodzaj bólu (z wymienionych na tej stronie), który dominował w ciągu ostatnich 3 miesięcy. (Proszę wskazać tylko jeden rodzaj bólu).

Głównym bólem u mego dziecka był:

19 Proszę podać stopień nasilenia wybranego rodzaju bólu (z pytania 18) umieszczając pionową kreskę na skali nasilenia zamieszczonej poniżej.



20 Proszę opisać, które z wymienionych sytuacji i jak często występowały w związku z dominującym rodzajem bólu:

	Nie wystąpiło	Jednorazowo	Czasami	Często	Stale
... Dziecko musiało przyjmować jakiegokolwiek leki gdy pojawił się ból	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Skontaktowaliśmy się z lekarzem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Dziecko w tym czasie nie mogło pójść do szkoły	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Dziecko nie mogło spotkać się ze swoimi przyjaciółmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Dziecko miało zmniejszony apetyt/nie mogło normalnie jeść	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Dziecko miało problemy ze snem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Dziecko nie mogło uprawiać hobby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Jeden z Rodziców nie mógł w tym czasie pracować	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Dziecko musiało leżeć	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... U Dziecka występowały inne objawy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proszę podać jakie:					
.....					
.....					
... W następstwie moje dziecko miało wykonane:					
.....					
.....					

Dobrostan

Następne pytania dotyczą prawidłowego funkcjonowania Dziecka na różnych płaszczyznach.

- ▶ Prosimy o uważne przeczytanie pytań.
- ▶ Prosimy o ocenę Państwa Dziecka w przeciągu ostatniego tygodnia.
- ▶ Proszę zaznaczyć krzyżyk w miejscu najbardziej odpowiadającym stanowi Państwa Dziecka.

21 Dobrostan fizyczny:

W ciągu ostatniego tygodnia ...	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
... Moje Dziecko czuło się chore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko skarżyło się na ból głowy lub brzucha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko było zmęczone i wyczerpane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko czuło się silne i pełne energii	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22 Dobrostan emocjonalny:

W ciągu ostatniego tygodnia ...	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
... Moje Dziecko bawiło się i często się śmiało	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko nie miało na nic ochoty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko czuło się samotne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko było zaniepokojone i niepewne swoich możliwości	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23 Samoocena/pewność siebie:

W ciągu ostatniego tygodnia ...	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
... Moje Dziecko było z siebie dumne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko czuło się wspaniale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko było z siebie zadowolone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje dziecko miało mnóstwo dobrych pomysłów	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24 Rodzina:

W ciągu ostatniego tygodnia ...	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
... Moje Dziecko było w dobrych relacjach z nami, Rodzicami	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko czuło się dobrze w domu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Kłóciliśmy się w domu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko czuło, że nim kieruję	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25 Przyjaciele:

W ciągu ostatniego tygodnia ...	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
... Moje Dziecko spędzało czas ze swoimi przyjaciółmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko było lubiane przez inne dzieci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko dogadywało się ze swoimi przyjaciółmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko czuło się odmiennie od innych dzieci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26 Szkoła:

W ciągu ostatniego tygodnia ...	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
... Moje Dziecko dobrze radziło sobie z zadaniami szkolnymi/domowymi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko lubiło lekcje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko martwiło się o swoją przyszłość	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Moje Dziecko przejmowało się, że dostanie złe oceny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Środowisko (Otoczenie)

27 Moje Dziecko poszło pierwszy raz do szkoły ...

- ... Moje Dziecko nie chodzi jeszcze do szkoły... → Proszę przejść do pytania 30
- ... zgodnie z prawidłowym wiekiem rozpoczęcia obowiązku szkolnego
- ... z opóźnieniem
- ... wcześniej niż konieczny wiek rozpoczęcia edukacji

28 Od rozpoczęcia obowiązku szkolnego Moje Dziecko ...

- ... Standardowo przechodziło z klasy do klasy
- ... Ominięło jedną lub więcej klas
- ... Powtarzało naukę w jednej lub większej ilości klas
- ... Nie ukończyło jeszcze pierwszej klasy szkoły podstawowej

29 Jak ocenia Pan(i) postępy Swojego Dziecka w szkole?

Jeśli Dziecko **nie otrzymuje** jeszcze ocen:

- Nieodpowiednie Poniżej średniej Średnie Powyżej średniej
-

Jeśli Dziecko **otrzymuje** oceny:

Proszę podać oceny z uwzględnionych poniżej przedmiotów, otrzymane przez Państwa Dziecko na ostatnim świadectwie szkolnym ...

- Matematyka
- Polski

30 Jak często ...

- | | Prawie codziennie | 3-5 razy w tygodniu | 1-2 razy w tygodniu | Rzadko | Nigdy |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... Państwa Dziecko bawi się/spędza czas na podwórku? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... Państwa Dziecko bierze udział w pozalekcyjnych zajęciach sportowych w klubie sportowym? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... Państwa Dziecko bierze udział w innych zajęciach sportowych, poza klubem? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

31 Proszę podać czas spędzany codziennie przez Państwa Dziecko na wymienionych aktywnościach ...

(Proszę zaznaczyć krzyżykiem kratkę najbardziej zbliżoną do faktycznego czasu.)

- | | Nigdy | Ok. 30 min. dziennie | Ok. 1-2 h dziennie | Ok. 3-4 h dziennie | >4 h dziennie |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... Oglądanie telewizji lub filmów | | | | | |
| W ciągu tygodnia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| W sobotę lub niedzielę | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... Czas spędzany przed komputerem | | | | | |
| W ciągu tygodnia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| W sobotę lub niedzielę | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Dieta, styl życia

32 Czy Państwa Dziecko jest/było karmione piersią?

- Tak Nie Nie wiem

Do którego miesiąca życia Państwa Dziecko było karmione piersią?

Do miesiąca życia

33 Proszę podać masę ciała oraz wzrost Dziecka.

Masa ciała około , kg Wzrost około cm

34 W Państwa opinii Państwa Dziecko jest ...

... Za chude? ... Nieco za chude? ... Ma odpowiednią masę ciała? ... Nieco za grube? ... Dużo za grube?

35 Jak często Państwa Dziecko myje samo/ma myte zęby?

Częściej niż raz dziennie Raz dziennie Kilka razy w tygodniu Raz na tydzień lub rzadziej Nie myje zębów

Palenie papierosów, picie alkoholu

36 Czy biologiczna Matka Dziecka piła alkohol w trakcie ciąży?

Tak, regularnie Tak, okazjonalnie Nie, nigdy

37 Czy biologiczna Matka Dziecka paliła papierosy w trakcie ciąży?

Tak, regularnie Tak, okazjonalnie Nie, nigdy

38 Czy palą Państwo papierosy w domu w obecności Dziecka?

Każdego dnia Kilka razy w tygodniu Raz w tygodniu Rzadziej niż raz w tygodniu Nigdy

Korzystanie z opieki medycznej

39 Proszę podać u jakich specjalistów (dentysty i psychologa włącznie) było Państwa Dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

(Włącznie z wizytami domowymi, nie dotyczy przebytych hospitalizacji.)

	Jak często odbywały się wizyty?	Czy zmieniał Pan lekarza?		
		Tak	Nie	Jak często?
Pediatra	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Lekarz rodzinny (ogólny)	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Ginekolog	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Specjalista chorób wewnętrznych	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Okulista	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Ortopeda	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Laryngolog	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Neurolog/psychiatra	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Psycholog	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Chirurg	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Dermatolog	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Radiolog	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Urolog	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Specjalista medycyny niekonwencjonalnej	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Lekarz z dodatkową wiedzą w zakresie homeopatii	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Pracownik zdrowia publicznego, lekarz wojskowy, lekarz szkolny	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Dentysta	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy
Inny lekarz	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> razy

Proszę podać specjalizację:

40 Jak często i u jakich innych specjalistów był(a) Pan(i) z dzieckiem w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

	Jak często?	Czy byli Państwo zadowoleni z konsultacji/lечения?	
		Tak	Nie
Specjalista medycyny niekonwencjonalnej	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fizjoterapeuta	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logopeda	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inna specjalizacja	<input type="text"/> <input type="text"/> razy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jaka?			

41 Jakie badania bilansowe (bilans 2-latka, itp.) były wykonane u Dziecka?

- U1 po urodzeniu
- U2 3–10 dzień życia
- U3 4–6 tydzień życia
- U4 3–4 miesiąc życia
- U5 6–7 miesiąc życia
- U6 10–12 miesiąc życia
- U7 21–24 miesiąc życia
- U8 43–48 miesiąc życia
- U9 w 6 roku życia
- Nie dotyczy



Czy jakieś inne badania profilaktyczne były wykonane (również w przedszkolu i szkole)?
 Tak Nie Nie wiem
 Nie były oferowane

42 Czy dziecko było szczepione zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień ochronnych przeciwko następującym chorobom? (Prawidłową odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem.)

	Tak	Nie	Nie wiem
Błonica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tężec	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krztusiec	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poliomyelitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haemophilus influenzae typu B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumokoki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meningokoki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Świnka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Różyczka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotawirusy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ospa Wietrzna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grypa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Czy Dziecko było dodatkowo doszczepiane?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proszę podać nazwy dodatkowych szczepionek.....			
.....			

43 Proszę podać sposób ubezpieczenia Dziecka. (Proszę zaznaczyć wszystkie posiadane ubezpieczenia.)

- Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne
- Prywatne ubezpieczenie zdrowotne
- Inny sposób ubezpieczenia zdrowotnego
- Jaka?
- Brak ubezpieczenia zdrowotnego

Pytania socjodemograficzne

Proszę podać informacje dotyczące Pan(i).
Proszę pamiętać że terminy „Matka” i „Ojciec” odnoszą się do osób, które faktycznie opiekują się Dzieckiem (Partnerka Ojca oraz Partner Matki).

44 Proszę podać swoje kwalifikacje zawodowe?
(Proszę zaznaczyć najwyższe posiadane wykształcenie obu Rodziców.)

	Matka	Ojciec
Wykształcenie podstawowe niepełne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wykształcenie podstawowe pełne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ukończone gimnazjum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szkoła zawodowa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wykształcenie średnie niepełne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wykształcenie średnie (technikum)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wykształcenie średnie (liceum)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wykształcenie wyższe niepełne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wykształcenie wyższe (licencjat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wykształcenie wyższe (magister, inżynier)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inne kwalifikacje zawodowe		
Bez kwalifikacji zawodowych (nigdy nie podjęto szkolenia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
W trakcie szkolenia (student)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45 Które z poniższych odpowiada Pana(i) aktualnemu zatrudnieniu?
(Proszę podać odpowiedzi dla obu Rodziców.)

	Matka	Ojciec
Nie pracuje (emeryt, rencista, student, itp.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bezrobotny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Okresowo niepracujący (urlop macierzyński)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praca na zlecenia, praca nie w pełnym wymiarze godzin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praca w pełnym wymiarze godzin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szkołą się (praktyka zawodowa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46 Proszę podać średni miesięczny dochód (wraz z dodatkami pielęgnacyjnymi na Dziecko) wszystkich członków gospodarstwa domowego, po odjęciu podatku i kosztów ubezpieczeń.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

złotych

**Bardzo dziękujemy za odpowiedzi na pytania!
Proszę sprawdzić kompletność swoich odpowiedzi jeszcze raz.**