

**Анкета первичного осмотра**

*Первичный осмотр врачом по паллиативной медицинской помощи Службы качества жизни проводится в целях знакомства с семьей тяжелобольного ребенка, выяснения потребностей в паллиативной помощи, выяснения, как осуществляется ухода за тяжелобольным ребёнком, а также поиска ресурсов, которые могут повысить качество оказываемой помощи.*

Дата осмотра: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФИО ребёнка: \_\_\_\_\_

Дата рождения ребёнка: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Контактные данные законного представителя (телефон, e-mail, социальные сети, мессенджеры): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Знакомство с мед.документацией:**

Попросить **последние выписки** и сфотографировать их в хорошем качестве  
Либо запросить сканы.

**Выписка из протокола ВК** о том, что у ребенка есть показания к оказанию паллиативной помощи Есть/Нет?

Дата ВК: \_\_\_\_\_

Есть ли ребенок в регистре? Да/Нет

Посмотреть ИПРА

Название и адрес поликлиники, к которой прикреплен ребенок: \_\_\_\_\_

ФИО участкового педиатра, телефон: \_\_\_\_\_

Как часто посещает врач? \_\_\_\_\_

Дата и место последней госпитализации: \_\_\_\_\_

У каких узких специалистов наблюдается ребенок:  
\_\_\_\_\_

Как часто сдают анализы и где? \_\_\_\_\_

Жалобы в настоящее время: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Анамнез заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**Анамнез жизни**

**Перинатальный анамнез**

От \_\_\_\_\_ беременности, на фоне \_\_\_\_\_

---

Роды \_\_\_\_\_, в срок \_\_\_\_\_ недель, оперативные \_\_\_\_\_

Родился: доношенным/недоношенным (*нужное подчеркнуть*)

с весом \_\_\_\_\_ г, ростом \_\_\_\_\_ см

**Послеродовой период:** \_\_\_\_\_

---

---

**Профилактические прививки:** \_\_\_\_\_

---

---

**Психо-моторное развитие:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Аллергологический анамнез:** \_\_\_\_\_

**Объективный осмотр:**

**Динамические показатели:**

ЧСС \_\_\_\_\_ мм.рт.ст. АД \_\_\_\_\_ мм.рт.ст. ЧД \_\_\_\_\_ в мин  
t тела \_\_\_\_\_ гр.С SPO2 \_\_\_\_\_ %

**Антропометрия:**

Вес: \_\_\_\_\_ кг Рост: \_\_\_\_\_ см ИМТ: \_\_\_\_\_

Окружность головы \_\_\_\_\_ см Окружность грудной клетки \_\_\_\_\_ см

Толщина кожной складки: \_\_\_\_\_ см

**Состояние:** удовлетворительное/средней тяжести/тяжелое (*нужное подчеркнуть*).

**Положение:** активное/вынужденное (*нужное подчеркнуть*).

**Поведение:** спокойный/капризничает (*нужное подчеркнуть*).

**Телосложение:** нормостеническое/гиперстеническое/астеническое (*нужное подчеркнуть*).

**Питание:** достаточное/повышенное/пониженное (*нужное подчеркнуть*).

**Кожные покровы:** физиологической окраски/цианоз/акроцианоз/бледные/чистые  
(*нужное подчеркнуть*).

**Сыпь:** нет/есть (*нужное подчеркнуть*).

**Пролежни** (локализация): \_\_\_\_\_

**Слизистые:** \_\_\_\_\_

**Лимфоузлы:** \_\_\_\_\_

**Костно-мышечная система:** \_\_\_\_\_

**Каково состояние зубов?** Дата последнего осмотра стоматолога: \_\_\_\_\_

---

Как обрабатывают **полость рта?** \_\_\_\_\_

**Контрактуры:** \_\_\_\_\_

**ССС:** \_\_\_\_\_

**Дыхательная система:** \_\_\_\_\_

**Живот:** \_\_\_\_\_

**Печень, селезёнка:** \_\_\_\_\_

**Мочеиспускание:** контролирует/подгузник/катетер/нефростома (*нужное подчеркнуть*).

**Диурез, регулярность:** \_\_\_\_\_

**Стул:** контролирует/подгузник/стома (*нужное подчеркнуть*).

**Характер, со стимуляцией/без, регулярность:** \_\_\_\_\_

**Памперс:** покупают/выдают (*нужное подчеркнуть*).

**Размер/расход:** \_\_\_\_\_

**Моторная активность:** \_\_\_\_\_

**Особенности неврологического статуса** \_\_\_\_\_

**Речь:** связно и понятно/говорит неразборчиво, но можно понять/говорит односложно/жестами/ система альтернативной коммуникации (какая? \_\_\_\_\_) /нет канала коммуникации  
(*нужное подчеркнуть*).

**Уровень сознания:** согласно возрасту/есть задержка развития/вегетативное состояние/стопор/кома (*нужное подчеркнуть*).

**Боль** (характер боли, оценка по шкале боли): \_\_\_\_\_

**Тошнота, рвота** (раз/сутки, объем, причина): \_\_\_\_\_

**ГЭР** (динамика): \_\_\_\_\_

**Одышка, диспноэ** (причина, динамика): \_\_\_\_\_

**Отеки** (локализация, динамика): \_\_\_\_\_

Есть ли **нарушение зрения?** \_\_\_\_\_

Есть ли **нарушение слуха**? \_\_\_\_\_

Есть ли **шунт**? \_\_\_\_\_

**Эпи-активность**: дистонические атаки / судороги / приступы (*нужное подчеркнуть*)?

Сколько раз в день? \_\_\_\_\_ Продолжительность? \_\_\_\_\_

Чем купируют? \_\_\_\_\_

Продолжительность 1 эпизода \_\_\_\_\_ С апное/без (*нужное подчеркнуть*).

Когда было последнее ЭЭГ? \_\_\_\_\_ Как часто проводят? \_\_\_\_\_

Какое **неврологическое лечение** получают? \_\_\_\_\_

Есть ли **режим сна**? \_\_\_\_\_

**Характер сна**? \_\_\_\_\_

Есть ли проблемы со сном? \_\_\_\_\_

Где спит? \_\_\_\_\_

Нужна ли кровать? \_\_\_\_\_

Какие дополнительные функции нужны чтобы улучшить качество жизни ребенка

**Препараты, которые принимает ребёнок постоянно:** \_\_\_\_\_

#### **Гигиенические процедуры:**

Где ребенка купают? \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_

Есть ли шезлонг для мытья? \_\_\_\_\_ Нужна ли пенка для мытья? \_\_\_\_\_

Как перемещают в ванную? Есть ли подъемник? Нужен? \_\_\_\_\_

Чистят ли зубы? С какой периодичностью? \_\_\_\_\_

#### **Опорно-двигательный аппарат:**

Ходит: сам/с поддержкой (*нужное подчеркнуть*). Есть ли ходунки? Нужны? \_\_\_\_\_

Есть ли коляска прогулочная/комнатная? Нужна? \_\_\_\_\_

Стоит: сам/с поддержкой (*нужное подчеркнуть*). Есть ли вертикализатор? Нужен? \_\_\_\_\_

Сидит: сам/с поддержкой (*нужное подчеркнуть*).

Есть ли опора для сидения? Нужна? \_\_\_\_\_

Лежит и сам переворачивается/только лежит (*нужное подчеркнуть*).

Какая кровать? \_\_\_\_\_ Нужна ли функциональная кровать? \_\_\_\_\_

Есть ли противопролежневый матрас? Нужен? \_\_\_\_\_

Есть ли туторы? Нужны? \_\_\_\_\_ Дневные/ночные (*нужное подчеркнуть*).

Есть ли корсет? Нужен? \_\_\_\_\_ Есть ли обувь ортопедическая? Нужна? \_\_\_\_\_

Есть ли ортезы? Если да, сколько часов в день носит? Если нет, нужны ли? \_\_\_\_\_

#### **Удерживает ли ребенок голову самостоятельно?**

Да/временно (сколько и в какой позе? \_\_\_\_\_)/нет (есть ли  
головодержатель? \_\_\_\_\_) (*нужное подчеркнуть*).

#### **Кормление:**

Ребенок может сам проглотить твердую/жидкую/протертую пищу (*нужное подчеркнуть*).

Есть ли поперхивания? На какой вид пищи? \_\_\_\_\_

Процесс кормления: самостоятельно/кормят с ложки/бутылка с соской/назогастральный зонд/гастростома/другая стома/внутривенное питание (*нужное подчеркнуть*).

Сколько раз в день кормят? \_\_\_\_\_ Продолжительность приёма пищи: \_\_\_\_\_

В какой позе ест: лежа/полусидя в кровати/сидя в стуле (*нужное подчеркнуть*).

Следят ли за динамикой по весу?

\_\_\_\_\_ Кто может кормить?

Что, сколько и как пьёт?

## **Питание**

### **Назогастральный зонд (если есть):**

Дата начала использования: \_\_\_\_\_

Кормление: болюсно/самотеком/через энтеромат (*нужное подчеркнуть*).

Модель: \_\_\_\_\_ Размер (диаметр и длина): \_\_\_\_\_

Частота замены: \_\_\_\_\_

Кто меняет? \_\_\_\_\_ Обучены ли родители? \_\_\_\_\_

Что родители думают об установке гастростомы? \_\_\_\_\_

Список расходных материалов: \_\_\_\_\_

Показано ли использование? \_\_\_\_\_

Покупают сами/ бюджет/ благотворительная помощь

### **Гастростома (если есть):**

Дата начала использования: \_\_\_\_\_

Кормление: болюсно/самотеком/через энтеромат (*нужное подчеркнуть*).

Бамперная/баллонная Низкопрофильная/хвостатая  
(*нужное подчеркнуть*). (*нужное подчеркнуть*).

Модель: \_\_\_\_\_ Размер, высота: \_\_\_\_\_

Когда была последняя замена, где: \_\_\_\_\_

Обучены ли родители замене, где: \_\_\_\_\_ Есть ли запасная трубка: \_\_\_\_\_

Есть ли энтеромат (модель): \_\_\_\_\_

Показана ли установка? \_\_\_\_\_

Покупают сами/ бюджет/ благотворительная помощь

Кто меняет? \_\_\_\_\_

Рассказать о кризисных ситуациях

## **Питание:**

Используют ли лечебное питание/специальные смеси? \_\_\_\_\_

Если да: какие, кем рекомендованы, в каком объеме? \_\_\_\_\_

Объем жидкости за сутки/помимо кормления: \_\_\_\_\_

Объем пищи за сутки (именно объем или калорийность)? \_\_\_\_\_

Список расходных материалов для кормления и медицинского питания из расчета на 1 день: \_\_\_\_\_

Покупают сами/ бюджет/ благотворительная помощь

### **Дыхательная система**

Количество респираторных заболеваний за последние 12 месяцев: \_\_\_\_\_

Была ли пневмония за последние 12 месяцев? \_\_\_\_\_

Отмечаются ли нарушения дыхания (одышка/апноэ/др.)? \_\_\_\_\_

### **Трахеостома (если есть):**

Размер: \_\_\_\_\_ Манжета: \_\_\_\_\_

Частота замены: \_\_\_\_\_ Дата последней замены: \_\_\_\_\_

Кто меняет: \_\_\_\_\_ Обучены ли родители: \_\_\_\_\_

Наличие голосового клапана: \_\_\_\_\_ Размер лент для трахеостомы: \_\_\_\_\_

Расход салфеток под трахеостому: \_\_\_\_\_

Модель и расход фильтров на трахеостому: \_\_\_\_\_

Список необходимых расходных материалов: \_\_\_\_\_

Показана ли установка? \_\_\_\_\_

Покупают сами/ бюджет/ благотворительная помощь

Рассказать о кризисных ситуациях

### **Оборудование**

#### **Необходимость санации:**

Как часто? \_\_\_\_\_ Есть ли аспиратор? \_\_\_\_\_

Стационарный/портативный/ручной *(нужное подчеркнуть)*.

Покупают сами/ бюджет/ благотворительная помощь

Есть ли насадка для санации полости рта: \_\_\_\_\_

Санационные катетеры: размер, расход \_\_\_\_\_

Список необходимых расходных материалов: \_\_\_\_\_

Показано ли использование? \_\_\_\_\_

Покупают сами/ бюджет/ благотворительная помощь

**Есть в семье откашливатель?** \_\_\_\_\_

Показано ли использование? \_\_\_\_\_

Параметры: \_\_\_\_\_

Покупают сами/ бюджет/ благотворительная помощь

**Если ребенок нуждается в кислородной поддержке:**

Есть ли кислородный концентратор? Портативный? \_\_\_\_\_

Как часто требуется кислородная поддержка: \_\_\_\_\_

Сколько часов в сутки: \_\_\_\_\_ Какой поток: \_\_\_\_\_

Показано ли использование? \_\_\_\_\_

Покупают сами/ бюджет/ благотворительная помощь

**Пользуется ли ребенок НИВЛ?**

С какого месяца, года? \_\_\_\_\_

Сколько часов днем/ночью: \_\_\_\_\_

Кто настраивал параметры: \_\_\_\_\_

Модель маски, количество масок: \_\_\_\_\_

Показано ли использование? \_\_\_\_\_

Покупают сами/ бюджет/ благотворительная помощь

**Пользуется ли ребенок ИВЛ?**

С какого месяца, года? \_\_\_\_\_

Сколько часов днем/ночью? \_\_\_\_\_

Наличие резервного аппарата: \_\_\_\_\_

Кто настраивал параметры: \_\_\_\_\_

Модель маски, количество масок: \_\_\_\_\_

Показано ли использование? \_\_\_\_\_

Покупают сами/ бюджет/ благотворительная помощь

**Если ребенок нуждается в мешке Амбу:**

Наличие мешка Амбу (количество): \_\_\_\_\_ Если нет, то нужен ли? \_\_\_\_\_

Размер мешка Амбу: \_\_\_\_\_ Обучены ли родители? \_\_\_\_\_

Делают ли гимнастику с Амбу (если да, то сколько раз в сутки)? \_\_\_\_\_

Покупают сами/ бюджет/ благотворительная помощь

**Есть ли пульсоксиметр?**

Нужен? \_\_\_\_\_

**Есть ли в квартире облучатель рециклятор воздуха?**

Нужен? \_\_\_\_\_

**Есть ли в квартире увлажнитель воздуха?**

Нужен? \_\_\_\_\_

**Позиционирование**

Смена положения тела в течение дня - как часто? \_\_\_\_\_

Каким образом? \_\_\_\_\_

Что используют? \_\_\_\_\_

Есть ли подушки для позиционирования? \_\_\_\_\_

Используют ли какие-то подручные средства \_\_\_\_\_

Нужно ли что-то была ли консультация специалиста по физической терапии \_\_\_\_\_

## Общее

Прогулки \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_ -

Сколько по времени? \_\_\_\_\_

Кто помогает? \_\_\_\_\_

Кто может помочь? \_\_\_\_\_

Если не гуляют то почему? \_\_\_\_\_

Удобно ли выходить из дома? \_\_\_\_\_

Нужны ли какие-то приспособления? \_\_\_\_\_

## Правовая поддержка:

Получают ли лекарственное обеспечение? Если нет, то есть ли отказ? \_\_\_\_\_

Получают ли компенсацию за оплату ЖКУ? \_\_\_\_\_

Есть ли льгота по ОСАГО? \_\_\_\_\_

Прикреплен ли ребенок к образовательному учреждению? Если дошкольник, то получают ли выплату за непосещение детского сада? \_\_\_\_\_

В решении каких правовых вопросов нуждается семья? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Требуется психологическая консультация? Кому из членов семьи? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

С кем общается ребенок (семья, друзья, знакомые и т.д.)? \_\_\_\_\_

Кого любит? \_\_\_\_\_

Что ему нравится? \_\_\_\_\_

Чем увлекается? \_\_\_\_\_

Кто сидит с ребенком? А кто может? \_\_\_\_\_

Нужна ли няня? \_\_\_\_\_

Может быть уже пользуются чьими-то услугами \_\_\_\_\_

Посещение мероприятий, бассейнов, каких-то центров? Как часто?

\_\_\_\_\_

Если нет, то может быть что-то хотят посещать, но есть какие-то трудности?

\_\_\_\_\_

Ездят ли в какие-то санатории?

\_\_\_\_\_

Может планово ложатся в паллиатив на соц передышку (ребенок лежит один или с мамой/папой/бабушкой)?

\_\_\_\_\_

Проявляет ли эмоции? Какие? на что? Ходит ли учитель? Как часто?

\_\_\_\_\_

Чем занимается с ребенком? Занимается ли чем-то мама?

\_\_\_\_\_

Есть ли братья, сестры, как их зовут? \_\_\_\_\_

Как отношения с ними складываются? \_\_\_\_\_



Есть ли домашние животные? \_\_\_\_\_

Взаимодействует ли как-то с ними ребенок \_\_\_\_\_

Есть ли бабушки? дедушки? Где они живут? помогают ли? \_\_\_\_\_

Как часто навещают? Может сами к ним ездят? \_\_\_\_\_

Подумать нужен ли игровой терапевт, рассказать родителям об игровом терапевте