

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