****

**Опросник для детей (хронические состояния)**

Заполненный опросник пришлите на мейл: [ovmironova2007@yandex.ru](mailto:ovmironova2007@yandex.ru)

Запись на консультацию: +7 903 737-47-34

**І. Общие вопросы**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя ребенка, дата рождения, город, страна. |  |
| Основные жалобы ребенка в данное время? |  |
| Когда именно началась  болезнь? |  |
| Опишите обстоятельства возникновения болезни и также подробно опишите вероятные причины болезни. |  |
| В какой части тела болезнь проявляется больше всего? |  |
| Постоянство симптомов? Они постоянные или возникают приступами? |  |
| Если приступами, то какая длительность приступов и в какое время суток они чаще всего возникают? |  |
| Что усиливает симптомы болезни? (еда, погода, движение, свет, шум, тепло/холод, мытье, пребывание на берегу моря, другие причины, просьба указать.) |  |
| Опишите подробно сопутствующие болезни, которые предшествовали, сопровождают или следуют за основной болезнью |  |
| Эмоциональное состояние матери во время беременности с этим ребенком? |  |
| Были ли во время беременности болезни, осложнения, стрессы? |  |
| Принимала ли мать ребенка какие-то лекарства во время беременности? |  |
| Нарушения вкуса, аппетита, пищеварения во время беременности? |  |
| Были ли перинатальные осложнения? |  |
| Когда у ребенка наступило: отлучения от груди, заращение родничков, прорезывание зубов, речь, самостоятельное посещение туалета, первые постоянные зубы, когда начал ползать и ходить? |  |
| **Реакция ребенка на следующие ситуации? Опишите психические и эмоциональные реакции и физические симптомы, если они были:** |  |
| Вакцины: |  |
| Посещения детского сада: |  |
| Рождения братьев и сестер: |  |
| Первый день в школе: |  |
| Выезд в лагерь, и т.д., без семьи: |  |
| Было ли лечение антибиотиками? По какой причине и как часто? |  |
| Лечение кожных сыпей мазями с гидрокортизоном или другими стероидными препаратами? |  |
| Перенесенные детские болезни их течение, осложнения (краснуха, ветряная оспа, корь, свинка, дифтерия и т.д.)? |  |
| Во время болезни или когда нервничает пытается обнять родителей, или хочет находится в одиночестве? |  |
| Как себя ведет в игре со сверстниками? |  |
| Что говорят учителя о поведение в школе? |  |
| Есть ли животные у вас дома, отношение ребенка к ним? |  |
| Страхи, боязни (темноты, одиночества, молнии, гром, и т.д.)? |  |
| Бывают ли у вашего ребенка кошмары? |  |
| Как ребенок мерзнет, кутается в одежду или наоборот он горячий, раскрывается во время сна, любит ходить легко одетым? |  |
| Является ли ребенок эмоциональным и чувствительным, когда он здоров? |  |
| Проявляет ли ребенок сочувствие к болезням других людей (детей), животных? |  |
| Любит ли музыку? Танцевать? Есть ли эмоциональные симптомы, которые уменьшаются под влиянием музыки? |  |
| Есть ли проявления упрямства? |  |
| Проявляет ли повышенное внимание к своему внешнему виду, одежде прическе, подолгу стоит перед зеркалом? |  |
| Какая у него чувствительность к критике? |  |
| Опишите другие особенности вашего ребенка (поведение, фобии, фантазии, желания, интересы и т.д.)? |  |
| Кратко опишите предыдущий период жизни ребенка, с указанием всех болезней, операций, травм, важных событий в семье. Опишите реакцию ребенка на эти события |  |
|  |  |

**II. Вопросы частные:**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Кожа.** |  |
| Каково общее состояние кожи? Сухая или влажная; какова она на ощупь, на вид, цвет и т.д.? |  |
| Есть ли, и в каких местах сыпи, прыщи, раны, наросты, мозоли, пятна, нарывы и т.д.? |  |
| Опишите свойства, внешний вид, цвет, форму, объём, состояние, чувствительность этих кожных проявлений? |  |
| Качество выделений, консистенция, цвет, запах из ран, лишаёв и прыщей, сыпей, из-под струпьев и т.п.? |  |
| * **Сон** |  |
| Какой сон днём и ночью? |  |
| Предпочтительное положение тела во сне? |  |
| * **Лихорадочные проявления** |  |
| В чем заключаются лихорадочные проявления: жар, озноб или это только ощущение жара и озноба без изменения температуры тела. |  |
| В каком порядке следуют один за другим, и как меняются: жар, озноб и пот? |  |
| В какое время дня или ночи возникает лихорадка, жар, озноб, пот, лихорадочная жажда? |  |
| * **Голова, глаза, нос, лицо, уши** |  |
| Есть ли головокружения, боли в голове? |  |
| Волосы какого цвета, каков рост их, сухость; не лезут ли они? |  |
| Кожа на голове и лице, уши и нос в каком cостоянии; нет ли бородавок, сыпей, наростов, лишаёв или особенных ощущений |  |
| Лицо в отношении полноты, худобы, цвета, щек, глаз, рта, носа? |  |
| Уши в отношении скопления серы, каков слух, нет ли шума, звона, свиста и т.д.; |  |
| Состояние глаз: слезливость, воспаления глаз и век; нет ли косоглазия, близорукости, зоркости, повышенного мигания, особенной чувствительности к свету; не бывают ли часто ячменей или чего-либо другого? |  |
| Состояние ноздрей, сухость, влажность, выделения и их свойства; нет ли насморков сухих или текучих, кровотечений, струпьев, зуда. Есть ли какие-либо особенности и нарушения обоняния; |  |
| * **Рот, зубы, горло** |  |
| Состояние губ: внутренности рта, языка, дёсен, зубов, горла, миндалин? |  |
| Нет ли неудобства, боли при жевании и  глотании пищи, питья, слюны? |  |
| Есть ли неприятный запах изо рта? |  |
| * **Желудок, пищеварение** |  |
| Какой аппетит? Сколько жидкости ребенок выпивает за сутки? Любит ли пить? |  |
| Нет ли решительного отвращения к определённой пище или питью, если есть то к чему именно? |  |
| Нет ли особенного желания той или иной пищи или питья? |  |
| Есть ли неприятные ощущения после приема пищи или питья? |  |
| Какие именно вещества особенно тяжелы и расстраивают? |  |
| Есть ли отрыжки, отхаркивание, тошнота, рвота, боли в желудке? В какие часы дня, что особенно производят эти явления? Какие страдания предшествуют, сопровождают или последуют им? |  |
| * **Живот, испражнения** |  |
| Бывают ли газы, урчание, вздутие живота; от чего и в какое время дня? |  |
| Сколько раз в день или в неделю бывает стул; какое состояние испражнений? |  |
| Их свойство, вид, цвет, запах, количество? |  |
| Как часто, в каком количестве какого цвета, запаха моча; бывает ли гуща, осадок и какой? |  |
| Нет ли болезненности во время и после мочеиспускания? |  |
| * **Дыхательные органы** |  |
| Какое состояние голоса; нет ли охриплости, кашля, заложенности носа, горла и груди? |  |
| Какого свойства кашель, часто ли; каковы приступы; в какие часы дня, что особенно вызывает, усиливает, ослабляет, прекращает их? |  |
| Какие побочные, сопутствующие болезненные ощущения при кашле? |  |
| * **Туловище и конечности** |  |
| Бывают ли по временам боли в спине, боках, суставах, в костях и мышцах конечностей? |  |
| Есть ли на шее плотные или распухшие железы; нет ли их под мышками, в груди; в паху? |  |
| Нет ли грыжи; не было ли переломов, вывихов или растяжений связок? |  |
| Потеют ли руки, ноги, под мышками и и др. части тела, особенно? |  |
| Обычно руки и ноги холодны, теплы или горят? |  |
| * **Предыдущее гомеопатическое лечение, длительность, назначенные препараты, их эффективность?** |  |
| * **Другие нарушения или жалобы, не затронутые в анкете** |  |