

## ANKIETA – GÓRNE DROGI ODDECHOWE – DZIECI (do 10 r.ż.)

Imię i nazwisko, data urodzenia

Proszę otoczyć właściwą odpowiedź (T=tak, N=nie) np.  T  N

### 1. Ogólne

**Główna dolegliwość dotyczy: nosa, gardła, uszu.**

Od kiedy występują dolegliwości ..... większe nasilenie latem / zimą

### Choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy

katar	N 1x 2-4x 5x i więcej	zapalenia oskrzeli	N 1x 2-4x 5x i więcej
zapalenie gardła	N 1x 2-4x 5x i więcej	zapalenie płuc	N 1x 2-4x 5x i więcej
zapalenie krtani	N 1x 2-4x 5x i więcej	zapalenie ucha/uszu	N 1x 2-4x 5x i więcej
Stosowanie antybiotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy			N 1x 2-4x 5x i więcej

### 2. Oddychanie

w dzień przez usta	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
w nocy przez usta	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
sapka (głośne oddychanie nosem)	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N

### 3. Sen

sen	spokojny / niespokojny
chrapanie	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
bezdechy	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
budzenie się w nocy z płaczem	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
pocenie się w nocy	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
moczenie nocne	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
czy chętnie wstaje rano	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N

### 4. Nos

utrudnione oddychanie (zablokowanie nosa)	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
utrzymujący się / nawracający katar	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
splýwanie wydzieliny z nosa do gardła	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
uciążliwe kichanie	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
krwawienia z nosa	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
przebyty uraz nosa (jeśli TAK, kiedy?)	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N

### 5. Gardło

bóle	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
potrzeba odchrząkiwania	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
nieprzyjemny zapach z ust	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
chrypka	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N

### 6. Uszy

ból	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
blokowanie	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
osłabienie słuchu	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
ból podczas lotu samolotem	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
stwierdzona obecność płynu	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N

### 7. Jama ustna

rozstęp między górnymi jedynekami	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
krótkie wędzidełko wargi górnej	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
krótkie wędzidełko języka	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
zaburzenia zgryzu	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
leczenia ortodontyczne	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N
zaburzenia mowy	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> N

## 8. Wygląd

otwarte usta **T N**  
podkrążone oczy **T N**  
robi wrażenie zmęczonego **T N**  
bladość **T N**

## 9. Zachowanie

czy dziecko jest nadwrażliwe? **T N**  
czy dziecko jest niespokojne? **T N**  
czy występują trudności w nauce? **T N**  
spożywanie posiłków      szybko / wolno

## 10. Inne

bóle głowy **T N**  
powiększone węzły chłonne szyi **T N**  
utrzymujące się stany podgorączkowe **T N**  
zaburzenia krzepliwości krwi **T N**  
wcześniejsze operacje laryngologiczne **T N**  
jakie, kiedy?  
.....  
.....  
uczulenia skórne / wziewne / pokarmowe **T N**  
na co?  
.....  
.....  
uczulenia na leki **T N**  
jakie?  
.....  
.....

Inne informacje zdrowotne

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data.....Podpis.....