

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

Imię i nazwisko: ....., data urodzenia: .....

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

### I. OGÓLNE

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

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

### Choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy

zapalenie zatok	N	1x	2-4x	5x i więcej	zapalenie 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
katar	N	1x	2-4x	5x i więcej	zapalenie ucha/uszu	N	1x	2-4x	5x i więcej
opryszczka	N	1x	2 razy						

Stosowanie antybiotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy  N  1x  2-4x  5x i więcej

### 1. ODDYCHANIE

W dzień przez usta  T  N  
 W nocy przez usta  T  N  
 Utrzymujący się nawracający katar  T  N  
 Sapka (głośne oddychanie nosem)  T  N

### 2. SEN

Sen  spokojny/niespokojny  T  N  
 Chrapanie  T  N  
 Bezdech  T  N  
 Budzenie się w nocy z płaczem  T  N  
 Pocenie się w nocy  T  N  
 Moczenie nocne  T  N  
 Czy chętnie wstaje rano?  T  N

### 3. NOS

Utrudnione oddychanie  T  N  
 Utrzymujący się / nawracający katar  T  N  
 Splywanie wydzieliny z nosa do gardła  T  N  
 Uciążliwe kichanie  T  N  
 Krwawienie z nosa  T  N  
 Przebyty uraz nosa (jeśli TAK, kiedy?)  T  N

### 4. GARDŁO

Bóle  T  N  
 Potrzeba odchrząkiwania  T  N  
 Nieprzyjemny zapach z ust  T  N  
 Chrypka  T  N

### 5. USZY

Ból  T  N  
 Blokowanie  T  N  
 Osłabienie słuchu  T  N  
 Ból podczas lotu samolotem  T  N  
 Stwierdzona obecność płynu  T  N

### 6. JAMA USTNA

Rozstęp między górnymi jędynkami  T  N  
 Krótkie wędzidełko wargi górnej  T  N  
 Krótkie wędzidełko języka  T  N  
 Zaburzenia zgryzu  T  N  
 Leczenie ortodontyczne  T  N  
 Zaburzenia mowy  T  N

**7. WYGLĄD**

Otwarte usta T N  
 Podkrążone oczy T N  
 Robi wrażenie zmęczonego T N  
 Bładość T N

**8. ZACHOWANIE**

Czy dziecko jest nadwrażliwe? T N  
 Czy dziecko jest niespokojne? T N  
 Czy występują trudności w nauce? T N  
 Spożywanie posiłków szybko / wolno

**9. 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 / T N  
 Pokarmowe, na co??  
 .....  
 .....  
 Uczulenia na leki, jakie? T N  
 .....  
 .....

**INNE DOLEGLIWOŚCI:** .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Data: ..... Podpis Pacjenta: .....