**СА0020**

**КОНФИДЕНЦИАЛЬНО** Необходимо для осмысления риска и достижения Вашей наибольшей безопасности, чтобы

предупредить многие, даже самые незначительные неприятности и расстройства.

**Клинический анамнез**

**1.** Ф.И.О. ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.** Находится ли Ваш ребёнок сейчас под наблюдением врача\_\_\_\_\_.

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

**3.** Принимает ли ребёнок в настоящее время какое-либо (назначенное или не назначенное) врачом лекарство?\_\_\_. Если да, то укажите какое и причины приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.** Пожалуйста, обведите заболевание, которое есть у вашего ребёнка или было раньше:

Болезни почек или печени Синусит Астма Эпилепсия

Рак Травма головы/шеи Психические болезни Б-ни дыхательной системы

Аллергия Диабет Заболевания сердца Анемия

**5.** Были ли у Вас необычные реакции на анестетики или лекарства (подобные пенициллину)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.** Есть ли какая-либо другая информация, которая должна быть известна врачу о Вашем здоровье? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Если у Вас возникли вопросы при заполнении данного листа, задайте их Вашему врачу!**

**СА0020**

**КОНФИДЕНЦИАЛЬНО** Необходимо для осмысления риска и достижения Вашей наибольшей безопасности, чтобы

предупредить многие, даже самые незначительные неприятности и расстройства.

**Клинический анамнез**

**1.** Ф.И.О. ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.** Находится ли Ваш ребёнок сейчас под наблюдением врача\_\_\_\_\_.

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

**3.** Принимает ли ребёнок в настоящее время какое-либо (назначенное или не назначенное) врачом лекарство?\_\_\_. Если да, то укажите какое и причины приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.** Пожалуйста, обведите заболевание, которое есть у вашего ребёнка или было раньше:

Болезни почек или печени Синусит Астма Эпилепсия

Рак Травма головы/шеи Психические болезни Б-ни дыхательной системы

Аллергия Диабет Заболевания сердца Анемия

**5.** Были ли у Вас необычные реакции на анестетики или лекарства (подобные пенициллину)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.** Есть ли какая-либо другая информация, которая должна быть известна врачу о Вашем здоровье? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Если у Вас возникли вопросы при заполнении данного листа, задайте их Вашему врачу!**

**СА0020**

**КОНФИДЕНЦИАЛЬНО** Необходимо для осмысления риска и достижения Вашей наибольшей безопасности, чтобы

предупредить многие, даже самые незначительные неприятности и расстройства.

**Клинический анамнез**

**1.** Ф.И.О. ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.** Находится ли Ваш ребёнок сейчас под наблюдением врача\_\_\_\_\_.

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

**3.** Принимает ли ребёнок в настоящее время какое-либо (назначенное или не назначенное) врачом лекарство?\_\_\_. Если да, то укажите какое и причины приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.** Пожалуйста, обведите заболевание, которое есть у вашего ребёнка или было раньше:

Болезни почек или печени Синусит Астма Эпилепсия

Рак Травма головы/шеи Психические болезни Б-ни дыхательной системы

Аллергия Диабет Заболевания сердца Анемия

**5.** Были ли у Вас необычные реакции на анестетики или лекарства (подобные пенициллину)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.** Есть ли какая-либо другая информация, которая должна быть известна врачу о Вашем здоровье? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Если у Вас возникли вопросы при заполнении данного листа, задайте их Вашему врачу!**