

Опросный лист KgKS для сбора анамнеза

Мы просим Вас спокойно прочесть эту анкету вместе с ребенком и заполнить. Оставшиеся открытыми вопросы мы обсудим с Вами во время нашей встречи

Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рождения: _____

дата заполнения _____ кем: мать отец иное: _____

с участием соответствующего ребенка: нет да

Недержание мочи *ночью* вспомните последние 4 месяца

Мой ребенок по ночам сухой. да, с _____ лет нет

Мой ребенок по ночам периодически сухой. да, в _____ месяцев в возрасте _____ лет нет
течение

Мой ребенок сам ходит ночью в туалет. да, регулярно нет

Моего ребенка трудно разбудить. да, практически невозможно нет

Количество неудержанной мочи небольшое. да, влажными становятся только пижамные штаны нет

Ребенок писается несколько раз. да, как минимум _____ раз нет

Мой ребенок носит по ночам подгузник. да нет

Недержание мочи *днем* вспомните последние 4 месяца (считать даже несколько капель в трусиках!)

Мой ребенок днем сухой. да, с _____ лет нет

Мой ребенок днем периодически сухой. да, в _____ месяцев в возрасте _____ лет нет

Количество неудержанной мочи небольшое. да, влажными становятся только трусы нет

Недержание мочи происходит только после похода в туалет. да, как если бы при подтекании мочи после мочеиспускания нет

Позыв к мочеиспусканию возникает внезапно (как молния). да, в течение секунд нет

Недержание мочи происходит обычно, если мой ребенок решил пойти в туалет позже. да, типичная ситуация (например, во время игры, просмотра телевизора, иное _____ нет

Мой ребенок замечает, когда он описался. да нет

Удерживающие маневры (приседание, скрещивание ног, сед на пятках) я наблюдаю часто. да, _____ раз ежедневно нет

Инфекции мочевыводящих путей (воспаления)

В последние годы у моего ребенка были обнаружены воспаления мочевого пузыря или почек. да, в целом _____ раз, _____ последний раз нет

Одновременно была да, в целом _____ раз, _____ последний раз нет

Дефекация / каломазание / непроизвольная дефекация – вспомните последние 4 месяца

Мой ребенок жалуется на боли при дефекации. да нет

Происходит каломазание или непроизвольная дефекация. да, примерно _____ раз в неделю нет

Семья

Я знаю членов семьи, которым потребовалось больше времени, чтобы научиться не писаться. да, кто: _____ нет до возраста _____

Состав семьи Родители Мать Отец Другие _____

Сколько братьев и сестер у Вашего ребенка? Братья: _____ Сестры: _____

Посещает детский сад, школу, группу продленного дня?

Прежние исследования и лечение

Мой ребенок уже проходил исследования и / или лечение в связи с недержанием мочи. нет да, у педиатра, уролога, психиатра, семейного врача, психолога, иное: _____
(соответствующее отметить крестиком)

Мой ребенок уже проходил лечение одним из следующих медикаментов:

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|---|
| оксибутинин (например, Dridase®) | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да, с _____ по _____ | успешно: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да |
| пропиверин (например, Mictonetten®) | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да, с _____ по _____ | успешно: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да |
| десмопрессин (например, Minirin®) | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да, с _____ по _____ | успешно: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да |
| Иное: _____ | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да, с _____ по _____ | успешно: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да |

Немедикаментозное лечение

Мой ребенок уже проходил лечение одним из следующих способов:

| | | | |
|--|------------------------------|--|---|
| трусы с акустическим сигналом, будящее устройство и т.п. | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да с _____ по _____ | успешно: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да |
| изменение питьевых привычек | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да с _____ по _____ | успешно: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да |
| психотерапия | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да с _____ по _____ | успешно: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да |
| альтернативная медицина | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да с _____ по _____ | успешно: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да |
| Другие _____ | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> да с _____ по _____ | успешно: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да |

Здоровье / развитие / поведение

- Мой ребенок храпит. нет да не знаю
- У моего ребенка проблема со здоровьем или психическая проблема. нет да _____
 да, я хочу сообщить об этом в _____
- Языковое или физическое развитие моего ребенка происходит с задержкой. нет да не знаю
- Мой ребенок легко отвлекается. нет да не знаю
- Мой ребенок непоседливый. нет да не знаю
- У моего ребенка проблемы с концентрацией. нет да не знаю
- У моего ребенка неконтролируемое, импульсивное поведение. нет да не знаю
- Мой ребенок реагирует агрессивно, упрямо и с отказом. нет да не знаю
- У моего ребенка сложности с соблюдением правил. нет да не знаю
- Мой ребенок боязлив (например, в определенных ситуациях, у особых людей). нет да не знаю
- Мой ребенок печален, несчастлив, обособливается или избегает контактов. нет да не знаю
- У моего ребенка проблемы с успеваемостью в школе. нет да не знаю
- Мой ребенок мотивирован и готов к сотрудничеству. нет да не знаю
- Вопрос ребенку/подростку:** К тебе уже когда-нибудь прикасались и ты этого не хотел? нет да
 я или мои родители хотим сообщить об этом в _____
 не знаю _____
 разговор

Причины

- Я могу хорошо себе представить, что есть определенные причины для недержания мочи. нет да, какие _____
 да, я хочу сообщить об этом в _____
 разговор

Дискомфорт от 1= никакого дискомфорта до 5= переносит очень тяжело

- Вопросы к родителям:** Как сильно Вам мешает недержание мочи у Вашего ребенка? 1 2 3 4 5
- Вопрос ребенку/подростку:** Как сильно тебе мешает недержание мочи? 1 2 3 4 5