

# ZDRAVIE VÁŠHO DIETĀĽA

Svetov zdravotnícka  
organizácia,  
Kodaň, Dánsko,  
stav zdravia dieťaťa,  
Univerzita Bristol,  
Veľk Británia,  
stav preventívnej  
a klinickej medicíny,  
Bratislava, Slovensko

riešia  
vskumn projekt

EURÓPSKA  
LONGI-  
TUDINLNA  
ŠTÚDIA  
TEHOTENSTVA  
A DETSTVA



Po vyplnen pošlite dotazník na adresu :

Odd.epidemiológie a biometriky  
ÚPKM  
Limbová 14  
833 01 Bratislava

DOTAZNÍK  
F5

Svetová zdravotnícka organizácia, Kodaň, Dánsko  
Ústav zdravia dieťaťa, Univerzita Bristol, Veľká Británia,  
Ústav preventívnej a klinickej medicíny, Bratislava, Slovensko

riešia

---

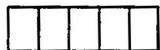
výskumný projekt

EURÓPSKA LONGITUDINÁLNA ŠTÚDIA TEHOTENSTVA A DETSTVA  
(E L S P A C)



**ZDRAVIE VÁŠHO DIEŤAŤA**

(Dotazník F 5)



## ZDRAVIE VÁŠHO DIEŤAŤA

V tomto dotazníku sa pýtame na Vaše dieťa. Zaujímá nás jeho zdravie a správanie. Vieme, že odpovede budú náročné na Vašu pamäť a pozornosť a preto Vám vopred ďakujeme za Vašu trpezlivosť. Vaše pravdivé odpovede majú pre nás veľkú cenu, umožnia poznať, čo skutočne v našich podmienkach ovplyvňuje zdravotný stav našich detí.

Tento dotazník je podobný ostatným, ktoré ste už dostali. Ako odpovede zaškrťavate okienka, ktoré najlepšie popisujú Vaše dieťa alebo situáciu, týkajúcu sa Vášho dieťaťa. Niektoré otázky sa môžu zdať vzájomne si podobné, ale nejde o rovnaké otázky. Prosíme, odpovedajte na všetky otázky, ak je to možné. Ak na niektorú zodpovedať nemôžete, alebo je to otázka pre Vás nevhodná, prosíme, preškrtnite ju. Nie sú správne alebo nesprávne odpovede. Ide len o popis situácie a vyjadrenie Vašich názorov.

Na konci dotazníka môžete napísať svoj doplňujúci komentár.

Všetky odpovede sú dôverné.  
ĎAKUJEME VÁM ZA VAŠU POMOC

## SEKCIA A : ZDRAVIE VÁŠHO DIEŤAŤA

A 1. Ako by ste hodnotili zdravie Vášho dieťaťa?

	i. v minulomu mesiaci	ii. v poslednom roku
Zdravé, bez problémov	1	1
Zdravé, so zanedbateľnými problémami	2	2
Niekedy dosť choré	3	3
Takmer stále choré	4	4

A 2. Dostalo dieťa v posledných dvoch rokoch fluoridové tabletky na zúbky ?

áno  1      nie  2      neviem  9

Ak n i e, alebo neviete, prejdite k otázke A 5.

Ak á n o,

a) Ako dlho ich dostávalo ?

1	menej ako 1 mesiac
2	1 - 2 mesiace
3	3 - 5 mesiacov
4	6 - 11 mes.
5	12 mes a viac
9	neviem

b) Koľko malo dieťa rokov, keď naposledy dostalo fluoridové tabletky ?

Ak ich ešte dostáva napíšte  rokov

A 3. Volali ste v posledných dvoch rokoch (t.j. v dobe od jeho 3 do 5 rokov veku) k dieťaťu lekára domov, pretože bolo choré?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke A 4.

Ak á n o,

a) Koľkokrát ?

<input type="checkbox"/> 1	raz	<input type="checkbox"/> 3	tri-štyrikrát
<input type="checkbox"/> 2	dvakrát	<input type="checkbox"/> 4	päť alebo viackrát

b) Prečo ?

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

A 4. Malo Vaše dieťa v posledných dvoch rokoch niektorú z nasledujúcich ťažkostí ?

Možné odpovede : 1 - áno a bolo u lekára  
 2 - áno, ale u lekára nebolo  
 3 - nie, nemalo

a) Hnačku

1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3

b) Krv v stolici

c) Zvracanie

d) Kašeľ

e) Horúčku (vysokú teplotu)

f) Nádchu, prechladnutie

g) Boľavé uši

h) Hnisavý výtok z uší (nie maz)

i) Záchvaty kŕčov

j) Bolesti brucha

k) Vyrážky

l) Sipenie

m) Dychavičnosť

n) Chvil'kovú zástavu dychu

o) Úraz alebo otravu

p) Infekciu močových ciest

q) Bolesti hlavy

r) Zápchu

s) Parazitárne ochorenie

t) Vši alebo svrab

u) Iné ťažkosti

1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3

Ak n i e, prejdite k A 5

Ak á n o, uveďte ich a označte, či bolo u lekára:

Možné odpovede :  1      bolo u lekára

2      nebolo u lekára

.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

A 5. Bolo Vaše dieťa v dobe od svojich 3 rokov prijaté do nemocnice ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke A 7.

Ak á n o,

a) Koľkokrát ?  krát

A 6. Uveďte, prosím, maximálne 3 prijatia, ktoré považujete za najzávažnejšie :

	prvé (i)	druhé (ii)	tretie (iii)
a) Vek dieťaťa (v rokoch)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Dôvody prijatia	1.....	.....	.....
	2.....	.....	.....
	3.....	.....	.....
c) Počet dní strávených v nemocnici :	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
d) Ako často ste dieťa navštevovali, keď bolo v nemocnici ?			
vôbec nie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
dosť často	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
každý deň	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
zostala som v nemocnici s dieťaťom	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

A 7. Prekonalo Vaše dieťa niektorú z nasledujúcich operácií ?

	áno	nie
a) Operáciu kýly	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b) Odstránanie krčných mandlí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c) Odstránenie nosných mandlí	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d) Operáciu slepého čreva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e) Prepichnutie bubienka pri zápale stredného ucha	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f) Operáciu škuľavosti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
g) Trhanie zubov	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
h) Inú operáciu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Ak á n o, uveďte prosím, akú :

.....

A 8. Malo Vaše dieťa v posledných dvoch rokoch niekedy obdobie, keď sa mu ťažko dýchalo (sipenie alebo pískanie pri dýchaní)?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k A 9.

Ak á n o,

a) Koľkokrát sa to prihodilo od jeho 3 rokov ?

<input type="checkbox"/> 1	jedenkrát	<input type="checkbox"/> 3	3-4 krát	<input type="checkbox"/> 9	neviem
<input type="checkbox"/> 2	dvakrát	<input type="checkbox"/> 4	5 a viackrát		



b) Odhadnite, koľko dní Vaše dieťa, ťažko dýchalo, sipelo v období od 3 - 5 rokov ?

1	1 den	4	10-19 dní
2	2-3 dni	5	20 alebo viac dní
3	4-9 dní	9	neviem

c) Zostalo Vaše dieťa pri niektorom z týchto stavov bez dychu ?

1	áno, vždy
2	áno, niekedy
3	nie, nikdy

d) Malo pri tom horúčku ?

1	áno, vždy
2	áno, niekedy
3	nie, nikdy

e) Čo myslíte, že tieto stavy vyvoláva ?

1	zápal priedušiek alebo iné infekcie dýchacích ciest
2	pobyt v zafajčenej miestnosti
3	chladné počasie
9	nemám predstavu
4	niečo iné

prosím, uveďte, čo : .....

f) Malo niektoré iné Vaše dieťa (okrem nami sledovaného) podobné stavy - sipenie a pískanie pri dýchaní ?

1	áno
2	nie
7	nemám iné deti

A 9. Malo Vaše dieťa od svojich 3 rokov niekedy výsyp v kĺbových jamkách alebo v kožných záhyboch tela ? (Např. pod kolenami, pod pazuchou a pod.)

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke A 10.

Ak á n o,

a) v akom rozsahu

1	veľmi silný
2	dost' silný
3	mierny
4	celkom slabý

b) Má tento výsyp aj teraz ?

áno  1      nie  2

c) Bol tento výsyp niekedy bolestivý, alebo mokval ?

áno  1      nie  2

d) Zhoršoval sa niektorými dráždivými látkami ako např. penou do kúpeľa, mydlom, oblečením z vlny alebo umelých vlákien ?

áno  1      nie  2

A 10. a) Malo Vaše dieťa v posledných dvoch rokoch svrbivú, suchú vyrážku na rukách ?

áno  1      nie  2

b) Malo Vaše dieťa v posledných dvoch rokoch svrbivú, suchú vyrážku na nohách ?

áno  1      nie  2

Ak á n o,

na ktorých častiach nôh : .....

A 11. Keď sa dieťa zapotí, začne ho svrbieť koža ? (Např. v horúcej miestnosti, pri hre a pod.)

áno  1      nie  2

A 12. Zvracalo Vaše dieťa v období od svojich 3 rokov ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke A 13.

Ak á n o,

a) Koľkokrát

- |   |               |
|---|---------------|
| 1 | jedenkrát     |
| 2 | dvakrát       |
| 3 | 3 - 9 krát    |
| 4 | 10 alebo viac |

b) Bolo zvracanie spojené s:

Možné odpovede : 1 - vždy,  
2 - často,  
3 - niekedy,  
4 - zriedka,  
5 - nikdy)

i. hnačkou

1     2     3     4     5

ii. ťažkosťami s dychom  
(sipením, chrčaním, kašľom)

1     2     3     4     5

A 13. Malo Vaše dieťa v posledných dvoch rokoch hnačku alebo zápal žalúdka alebo čriev ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke A 15.

Ak á n o,

a) Koľkokrát ?

b) Koľko dní trvalo najťažšie takéto ochorenie?

dní

c) Zavolali ste lekára domov

áno	nie
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

d) Šli ste k lekárovi

e) Liečili ste ho sama

f) Niečo iné

Uved'te prosím, čo : .....

A 14. Pokračovali ste v podávaní obvyklej stravy ?

áno  1      nie  2

Ak á n o, prejdite k otázke A 15.

Ak n i e,

a) Na ako dlho bola normálna výživa prerušená ?

<input type="checkbox"/> 1	na menej než 1 deň	<input type="checkbox"/> 4	na 3 - 4 dni
<input type="checkbox"/> 2	na 1 deň	<input type="checkbox"/> 5	na 5 alebo viac dní
<input type="checkbox"/> 3	na 2 dni		

b) Bolo dieťa liečené pitím zavodňovacích roztokov ?

áno  1      nie  2      neviem  9

c) Ak á n o, o aký roztok šlo ? .....

d) Ako dlho bol roztok podávaný ?

- |                            |                 |                            |                |
|----------------------------|-----------------|----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | menej než 1 deň | <input type="checkbox"/> 4 | 3 - 4 dni      |
| <input type="checkbox"/> 2 | jeden deň 5     | <input type="checkbox"/> 5 | alebo viac dni |
| <input type="checkbox"/> 3 | dva dni         |                            |                |

e) Ako inak bolo dieťa liečené ?

.....  
.....

A 15. Stalo sa niekedy v posledných dvoch rokoch ,že Vaše dieťa kašľalo viac než dva dni?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke A 16.

Ak á n o,

a) Koľkokrát sa to stalo za posledné dva roky ?

- |                            |           |                            |                   |
|----------------------------|-----------|----------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | jeden raz | <input type="checkbox"/> 3 | 3 - 9 krát        |
| <input type="checkbox"/> 2 | dvakrát   | <input type="checkbox"/> 4 | 10 alebo viackrát |

b) Malo pritom zvýšenú teplotu ?

- |                            |              |
|----------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | áno, vždy    |
| <input type="checkbox"/> 2 | áno, niekedy |
| <input type="checkbox"/> 3 | nie, nikdy   |

c) Malo pri týchto záchvatoch kašľa silnú nádchu ?

- |                            |              |
|----------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | áno, vždy    |
| <input type="checkbox"/> 2 | áno, niekedy |
| <input type="checkbox"/> 3 | nie, nikdy   |

Nasledujúce otázky sa týkajú uší alebo sluchu Vášho dieťaťa:

A 16. Počuje zvyčajne Vaše dieťa dobre hlasy a zvuky zo svojho okolia ?

- |                            |               |                            |              |
|----------------------------|---------------|----------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | áno, zvyčajne | <input type="checkbox"/> 4 | zvyčajne nie |
| <input type="checkbox"/> 2 | áno, často    | <input type="checkbox"/> 9 | neviem       |
| <input type="checkbox"/> 3 | niekedy       |                            |              |

A 17. Reaguje dobre na zvuky v svojom okolí ? (napr.otáča hlavu za zvukom?)

- |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | zvyčajne áno               | <input type="checkbox"/> 4 | nikdy sa neotočí za zvukom |
| <input type="checkbox"/> 2 | niekedy áno                | <input type="checkbox"/> 9 | neviem                     |
| <input type="checkbox"/> 3 | iba za veľmi silným zvukom |                            |                            |

A 18. Je jeho sluch počas alebo po prechladnutí horší ako obvykle?

- |                            |                        |                            |                           |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | áno, oveľa horší       | <input type="checkbox"/> 7 | nikdy nebolo prechladnuté |
| <input type="checkbox"/> 2 | áno, trochu horší      | <input type="checkbox"/> 9 | neviem                    |
| <input type="checkbox"/> 3 | nie, približne rovnaký |                            |                           |

A 19. Má dieťa počas prechladnutia výtok z nosa (nádchu)? Aký ?

V prípade, že dieťa nebolo prechladnuté, zaškrtnite prosím,

číslo:  7

Možné odpovede:

- 1 - áno, obvykle
- 2 - áno, niekedy
- 3 - nie, nikdy
- 9 - neviem

i. číry

ii. mierne sfarbený do biela

1     2     9     7

iii. hustý, žltý alebo zelený

1     2     9

iv. málokedy máva veľmi slabú nádchu

1     2     9



A 20. Vytekala Vašmu dieťaťu v predchádzajúcich dvoch rokoch z uší hnis alebo lepkavý hlien? (nie ušný maz)

- |   |                    |
|---|--------------------|
| 1 | nikdy              |
| 2 | jedenkrát          |
| 3 | viac ako jedenkrát |
| 9 | neviem             |

A 21. Dýcha dieťa skôr ústami ako nosom?

Možné odpovede :  
1 - stále  
2 - väčšinou  
3 - niekedy  
4 - zriedka  
5 - nikdy  
6 - neviem

- a) keď zaspáva  
b) Počas spánku  
c) keď vstáva

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

A 22. Chrápe Vaše dieťa niekedy dlhšie ako niekoľko minút?

- |   |              |
|---|--------------|
| 1 | väčšinu nocí |
| 2 | dosť často   |
| 3 | niekedy      |
| 4 | len občas    |
| 5 | nikdy        |
| 9 | neviem       |

A 23. Keď spí, zdá sa Vám, že na niekoľko sekúnd prestane dýchať alebo zadržáva dych?

- |   |              |
|---|--------------|
| 1 | áno, často   |
| 2 | áno, niekedy |
| 3 | nie          |
| 4 | neviem       |

A 24. Malo Vaše dieťa niekedy obdobie, od jeho 3 rokov, kedy sa Vám zdalo, že má bolesti bruška?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke A 26.

Ak á n o,

a) Koľkokrát sa to stalo v posledných 2 rokoch?

- |   |              |
|---|--------------|
| 1 | raz          |
| 2 | dvakrát      |
| 3 | 3-4 krát     |
| 5 | 5 a viackrát |
| 9 | neviem       |

b) Malo súčasne s bolesťami bruška aj hnačky alebo zvracalo?

- |   |              |
|---|--------------|
| 1 | áno, vždy    |
| 2 | áno, niekedy |
| 3 | nie, nikdy   |

A 25. Čo si myslíte, že tieto bolesti bruška spôsobuje ?

- |                 | áno                      | nie                      | neviem                   |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Nejaké jedlo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Infekcia     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Zápcha       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Iné          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

Ak á n o, prosím, popíšte:

.....

A 26. Má Vaše dieťa často bolesti horných alebo dolných končatín ?

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | áno, horných           |
| <input type="checkbox"/> | áno, dolných           |
| <input type="checkbox"/> | áno, horných i dolných |
| <input type="checkbox"/> | nie                    |

Ak n i e, prejdite k otázke A 27.

Ak á n o,

a) Stáva sa to väčšinou, keď je dieťa unavené ?

áno       nie

b) Čím si myslíte, že je to spôsobené ? Prosím, popíšte :

.....

c) Pomáha nejaká konkrétna liečba ?

áno       nie

Ak á n o, napíšte prosím aká :

.....  
.....

A 27. Malo Vaše dieťa niekedy po 3. roku života nejaké krče, záchvaty, záškľby, pri ktorých stratilo vedomie ?

áno       nie       neviem

Ak n i e alebo n e v i e t e, prejdite k otázke A 33.

Ak á n o,

A 28. Popíšte prosím prvý záchvat po 3 roku života dieťaťa :

.....  
.....

a) Malo dieťa v tom čase vysokú teplotu ?

áno       nie       neviem

b) Koľko rokov malo vtedy dieťa ?

- |                          |         |
|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 3 roky  |
| <input type="checkbox"/> | 4 roky  |
| <input type="checkbox"/> | 5 rokov |

c) Koľko týchto záchvatov malo dieťa od 3. roku života celkovo ?

- |                          |          |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | jeden    |
| <input type="checkbox"/> | dva      |
| <input type="checkbox"/> | 3 - 4    |
| <input type="checkbox"/> | 5 a viac |

A 29. Kto vyšetruval dieťa pri záchvate ? (záchvatoch)

	áno	nie	neviem
a) detský lekár u Vás doma	1	2	9
b) detský lekár v ordinácii	1	2	9
c) lekár v nemocničnej ambulancii	1	2	9
d) bolo prijaté do nemocnice	1	2	9

A 30. Ak boli vykonané nejaké vyšetrenia, uveďte ich:

.....

.....

A 31. Ak sa záchvaty opakovali, ako sa líšili od prvého záchvatu?

.....

.....

A 32. Čo bolo príčinou týchto záchvatov ?  
(Uveďte všetky možnosti)

	áno	nie	neviem
a) Krče z horúčky	1	2	9
b) Mdloba a prechodná strata vedomia	1	2	9
c) Epilepsia (padúcnica)	1	2	9
d) Zadržanie dychu	1	2	9
e) Reakcia na očkovanie	1	2	9
f) I n é	1	2	

Prosím popíšte: .....

.....

A 33. Malo Vaše dieťa od 3 rokov veku nejakú z nasledujúcich infekčných chorôb ?

	áno	nie
a) Osýpky	1	2
b) Kiahne	1	2
c) Mumps	1	2
d) Zápal mozgových blán	1	2
e) Opar	1	2
f) Čierny kašeľ	1	2
g) Infekciu močových ciest	1	2
h) Očnú infekciu	1	2
i) Infekciu uší	1	2
j) Zápal priedušiek, alebo pľúc	1	2
k) I n é infekcie	1	2

Ak á n o, popíšte ich prosím :

.....

.....

.....

A 34 a) Má Vaše dieťa alergiu na nejaké jedlá alebo nápoje ?

1	áno
2	áno, možno
3	nie, vôbec nie
9	neviem

Ak n i e, prejdite k otázke A 42.

Ak á n o,

b) Napište, prosím na ktoré jedlá, alebo nápoje :

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

c) Čím bola alergická reakcia spôsobená ?

- |   |  |
|---|--|
| 1 | požitím alebo vypitím jedla alebo nápoja |
| 2 | dotknutím sa jedla alebo nápoja          |
| 3 | obidvomi spôsobmi                        |

A 35. Ako vyzerala alergická reakcia ?

a) Jasne červená vyrážka:   áno   1   nie   2

Ak á n o, na ktorej časti tela :

.....

b) Žihľavka :                   áno   1   nie   2

Ak á n o, na ktorej časti tela :

.....

c) Pískanie alebo sipenie                   áno   nie  
v hrudníku                                   1   2

d) Zvracanie                                   1   2

e) Hnačky                                      1   2

f) Sťažené dýchanie

1	2
---	---

g) Zástava dychu

1	2
---	---

h) Bolesť hlavy

1	2
---	---

i) Opuchy

1	2
---	---

Ak á n o, napíšte prosím kde :

.....

j) Iná reakcia

1	2
---	---

Ak á n o, napíšte prosím :

.....

A 36. Za aký čas po jedle alebo pití sa to zvyčajne stáva ?

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1 | za menej než 1 hodinu |
| 2 | za 1 - 2 hodiny       |
| 3 | za 3 - 5 hodín        |
| 4 | za 6 alebo viac hodín |
| 9 | neviem                |

A 37 a. Koľko malo Vaše dieťa rokov, keď sa prvýkrát objavila táto alergická reakcia? (napíšte „0“, ak dieťa malo menej než 1 rok).

rokov

b. Koľkokrát vznikla táto reakcia ?

krát

A 38 i. Koľko malo Vaše dieťa rokov, keď sa to stalo naposledy ?

rokov

ii. Ako ste reagovali na túto situáciu ?

- |  | áno | nie |
|--|-----|-----|
| a) Nepodávali ste jedlo, ktoré alergiu spôsobilo       | 1   | 2   |
| b) Dieťa bolo vyšetrené lekárom v zdravotnom stredisku | 1   | 2   |
| c) Dieťa bolo vyšetrené v nemocnici                    | 1   | 2   |
| d) I n a k   | 1   | 2   |

Ak á n o, napíšte prosím, ako :

.....

iii. Aké rady Vám poskytol lekár na stredisku alebo v nemocnici?

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

iv. Ako bol liečený tento problém ?

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

A 39. Je ešte niečo iné, okrem jedla a pitia, na čo je Vaše dieťa alergické ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke A 42.

A 40. Ak á n o, na čo je alergické ?

- |          | áno | nie |
|----------|-----|-----|
| a) Peľ   | 1   | 2   |
| b) Mačka | 1   | 2   |

- c) Pes  
d) Na uštipnutie včelou,(osou)  
e) Prach  
f) Na niečo i n é h o

1	2
1	2
1	2
1	2

Ak á n o, napíšte prosím na čo :

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

A 41. Ako sa táto alergia prejavuje :

- |                      | áno | nie |
|----------------------|-----|-----|
| a) Spením            | 1   | 2   |
| b) Dychavičnosťou    | 1   | 2   |
| c) Kýchaním, nádchou | 1   | 2   |
| d) Vyrážkou          | 1   | 2   |
| e) I n a k           | 1   | 2   |

Ak á n o, prosím, popíšte ako :

.....

f) Máte ešte nejakú poznámku k alergickej reakcii Vášho dieťaťa ?

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

A 42. Koľkokrát za posledných 12 mesiacov :

Ak nikdy napíšte 00.

a) Prišla k Vám domov detská lekárka,  
pretože dieťa bolo choré   krát

b) Vyšetřila detská lekárka dieťa  
v ambulancii, pretože bolo choré   krát

c) Bolo dieťa na preventívnej prehliadke  krát

### SEKCIA B : NEHODY A ÚRAZY

Hoci sú rodičia akokoľvek starostliví, väčšine detí sa staneobčas nejaká nehoda. Uved'te prosím, koľkokrát malo Vaše dieťa nehodu, bez ohľadu na to, či pri nej prišlo, alebo neprišlo k zraneniu.

B 1. Bolo Vaše dieťa niekedy popálené alebo obarené od svojich 3. do 5 rokov ?

áno  1  nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke B 3.

Ak á n o,

B 2. Koľkokrát ?   krát

Popíšte, prosím u každého prípadu popálenia alebo obarenia, čo sa stalo :

	1.nehoda	2.nehoda	3.nehoda
a) Miesto, kde k nehode prišlo (napr. kuchyňa, záhrada, jasle a pod.):	.....	.....	.....
b) Čím sa popálilo alebo obari- lo (čaj, žehlička, elektrický spotrebič apod.).	.....	.....	.....
c) Dátum nehody (mesiac/rok)	.....	.....	.....
d) K akému zraneniu došlo ? (Ak nedošlo, napíšte nie)	.....	.....	.....
e) Kto bol s dieťaťom v okamihu nehody ?	.....	.....	.....

f) Čo s dieťaťom táto osoba urobila ?			
Nič	1	1	1
Sama ho ošetrila	2	2	2
Zobrala ho k lekárovi	3	3	3
Zobrala ho do nemocnice	4	4	4
Niečo iné	5	5	5

Uved'te, prosím, čo : .....

g) Aké ošetrovanie táto osoba dieťaťu poskytla ?	.....	.....	.....
h) Aké ďalšie ošetrovanie/liečenie bolo dieťaťu poskytnuté ?	.....	.....	.....



k) Popíšte prosím, ako ku každej nehode prišlo :

1. nehoda : .....

.....

2. nehoda : .....

.....

3. nehoda : .....

.....

B 3. Spadlo niekedy dieťa samo alebo niekomu od svojich 3 rokov?

áno  1

nie  2

Ak n i e, prejdite k B 5

Ak á n o,

B 4. Koľkokrát ?

krát

Popíšte prosím :

a) Miesto, kde k pádu došlo  
(kuchyňa, záhrada, škôlka a pod.)

1.pád	2.pád	3. pád
.....	.....	.....

b) Odkiaľ dieťa spadlo alebo bolo pustené (stôl, choditko, kočík, postieľka, náručie.....)

.....	.....	.....
-------	-------	-------

c) Dátum pádu (mesiac/rok)

.....	.....	.....
-------	-------	-------

d) K akému zraneniu došlo ?  
(Ak neprišlo, napíšte nie)

.....	.....	.....
-------	-------	-------

e) Kto bol s dieťaťom v okamžiku úrazu ?

.....	.....	.....
-------	-------	-------

f) Čo s dieťaťom táto osoba urobila ?

.....	.....	.....
-------	-------	-------

Nič	1	1	1
Sáma ho ošetrila	2	2	2
Zobrala ho k lekárovi	3	3	3
Zobrala ho do nemocnice	4	4	4
Niečo iného	5	5	5

Uved'te, prosím, čo .....

g) Aké ošetrovanie táto osoba dieťaťu poskytla ?

.....	.....	.....
-------	-------	-------

h) Aké ďalšie ošetrovanie/liečenie sa dieťaťu poskytlo ?

.....	.....	.....
-------	-------	-------

j) Popíšte, prosím, ako ku každému pádu prišlo :

1. pád : .....

.....

2. pád : .....

.....

3. pád : .....

.....

B 5. Prehltlo alebo vypilo dieťa niečo, čo nemalo (napr.: tabletky, gombíky, čistiace prostriedky), v sledovanom období t.j. od svojich 3 rokov ?

áno  1

nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke B 7

Ak á n o,

B 6. Koľkokrát

Pre každý jednotlivý prípad uveďte prosím čo sa stalo :

	1.nehoda	2.nehoda	3.nehoda
a) Miesto, kde sa nehoda stala (Váš domov, u priateľov, škôlka)	.....	.....	.....
b) Čo prehltilo alebo vypilo ?	.....	.....	.....
c) Dátum nehody (mesiac/rok)	.....	.....	.....
d) Kto bol s dieťaťom v okamihu nehody ?	.....	.....	.....
e) Čo s dieťaťom táto osoba urobila ?	.....	.....	.....
Nič	1	1	1
Sáma ho ošetrila	2	2	2
Zobrala ho k lekárovi	3	3	3
Zobrala ho do nemocnice	4	4	4
Niečo iného	5	5	5
Uveďte, prosím, čo : .....			
f) Aké ošetrovanie táto osoba dieťaťu poskytla ?	.....	.....	.....
g) Ako bolo dieťa ďalej ošetrované ?	.....	.....	.....
h) Prosím popíšte ako sa každá nehoda stala ?			
1. nehoda .....			
.....			
2. nehoda .....			
.....			

3. nehoda .....

B 7. Malo dieťa od svojich 3 do 5 rokov ešte nejaké iné nehody alebo zranenia ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke B 9.

Ak á n o,

B 8. Koľko ich bolo ?

Popíšte, prosím, pre každú nehodu alebo zranenie:

	1.nehoda	2.nehoda	3.nehoda
a) Miesto, kde sa to stalo (kuchyňa, záhrada .....	.....	.....	.....
b) Čo sa stalo ?	.....	.....	.....
c) Dátum nehody (mesiac/rok)	.....	.....	.....
d) K akému zraneniu došlo (Ak nedošlo, napíšte nie)	.....	.....	.....
e) Kto bol s dieťaťom v okamihu nehody ?	.....	.....	.....
f) Čo s dieťaťom táto osoba urobila ?	.....	.....	.....
Nič	1	1	1
Sáma ho ošetrila	2	2	2
Zobrala ho k lekárovi	3	3	3
Zobrala ho do nemocnice	4	4	4
Niečo iného	5	5	5
Uveďte, prosím, čo : .....			

g) Aké ošetrovanie táto osoba dieťaťu poskytla ?

.....	.....	.....
-------	-------	-------

h) Aké ďalšie ošetrovanie/liečenie sa dieťaťu poskytlo ?

.....	.....	.....
-------	-------	-------

i) Popíšte, prosím, ako ku každej nehode alebo zraneniu došlo:

1. nehoda : .....

.....

2. nehoda : .....

.....

3. nehoda : .....

.....

B 9. Stala sa Vášmu dieťaťu počas jeho života niektorá z nasledujúcich udalostí ?

áno  1      nie  2      neviem  9

	(i) od narodenia do 3 rokov			(ii) od 3 rokov do 5 rokov		
a) Zlomenina ruky	1	2	9	1	2	9
b) Zlomenina nohy	1	2	9	1	2	9
c) Zlomenina lebky	1	2	9	1	2	9
d) Zlomenina inej kosti	1	2	9	1	2	9

Uved'te prosím, ktorej

	.....			.....		
e) Úraz hlavy s bezvedomím	1	2	9	1	2	9
f) Rezná rana vyžadujúca zašívanie	1	2	9	1	2	9

g) Popálenina, alebo obarenie tak závažné, že zanechali jazvu

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

h) Uštipnutie včelou, osou

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

i) Pohryznutie zvierateľom

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

Akým zvierateľom, uved'te, prosím :

.....

j) Ťažký snečný úpal

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

k) Topilo sa

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

l) Vytrhnutie predných zubov

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

m) Vyrazenie predných zubov

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

n) Vytrhnutie alebo vyrazenie ostatných zubov

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

B 10. Tieto udalosti sa stali :

a) Doma

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

b) Pri dopravnej nehode

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

c) Na detskom ihrisku

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

d) V jasliach, v škôlke

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

e) I n d e

1	2	9	1	2	9
---	---	---	---	---	---

Uved'te prosím, kde :

.....

.....

**SEKCIA C : ZDRAVOTNÉ PROBLÉMY A ICH LIEČENIE**

C 1. Deti mávajú často nehody alebo choroby, ktoré si vyžadujú liečenie. Uveďte, prosím, ktorý z nasledujúcich prípravkov dostalo Vaše dieťa od svojich 3 rokov. (Uveďte prosím, plný názov lieku, ak ho poznáte :

Možné odpovede: 1 - nikdy  
2 - áno, v jednom prípade  
3 - áno, v dvoch a viacej prípadoch

	Názov lieku			
a) Liek proti kašľu	1	2	3	.....
b) Antibiotiká/penicilín	1	2	3	.....
c) Liek proti bolesti v hrdle (kloktadlá, pastilky)	1	2	3	.....
d) Vitamíny	1	2	3	.....
e) Lieky proti teplote	1	2	3	.....
f) Kožné masti	1	2	3	.....
g) Očné masti	1	2	3	.....
h) Liek proti hnačke	1	2	3	.....
i) Kvapky do uší	1	2	3	.....
j) Kvapky do očí	1	2	3	.....
k) Nosné kvapky	1	2	3	.....
l) Železo	1	2	3	.....
m) Preháňadlo	1	2	3	.....
n) Homeopatické lieky	1	2	3	.....
o) Prípravky z liečivých rastlín	1	2	9	.....
p) Niečo i n e				
	áno	<input type="checkbox"/> 1	nie	<input type="checkbox"/> 2

Ak n i e, prejdite k otázke C 2.

Ak á n o, napíšte čo, a či ich užívalo pri jednom (2) alebo pri viacerých ochoreniach (3).

1.....	2	3
2.....	2	3
3.....	2	3
4.....	2	3
5.....	2	3

C 2.a) Dostávalo Vaše dieťa v posledných 3 mesiacoch denne nejaké iné pilulky, masti alebo lieky?  
(vrátane vitamínov, kožných krémov, preháňadiel, antibiotik, a pod.)

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke C 3.

b) Ak á n o,

Uveďte ich, prosím: .....

.....

.....

V prvých rokoch života sa u detí často objavujú rôzne ťažkosti, pri ich ďalšom pozorovaní sa ukáže, že nie sú zdravotným problémom. Na tieto ťažkosti, ktoré sa mohli i u Vášho dieťaťa vyskytnúť sa pýtame v nasledujúcej sekcii.

C 3. Vývoj dolných končatín

Bolo Vaše dieťa u lekára pre podozrenie na zlý vývoj bedrových kĺbov alebo dolných končatín ?

<input type="checkbox"/> 1	nie
<input type="checkbox"/> 2	áno, ale problém nebol zistený
<input type="checkbox"/> 3	áno, bol zistený zdravotný problém

Ak n i e, prejdite k otázke C 4.

Ak bol zistený problém:

a) Uved'te prosím, aký:

.....

b) Uved'te vek dieťaťa:

- |   |         |
|---|---------|
| 1 | 3 roky  |
| 2 | 4 roky  |
| 3 | 5 rokov |

c) Akým spôsobom bolo liečené ?

.....

.....

#### C 4. Sluch dieťaťa

Domnieval sa niekto, že by Vaše dieťa mohlo mať problém so sluchom v období od 3 do 5 rokov ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke C 6.

Ak á n o,

#### C 5. Bolo dieťa vyšetrené v detskej ušnej ambulancii?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k C 6.

Ak á n o,

a) Koľko rokov malo vtedy dieťa ?

- |   |         |
|---|---------|
| 1 | 3 roky  |
| 2 | 4 roky  |
| 3 | 5 rokov |

b) Čo sa zistilo? .....

#### C 6. Zrak dieťaťa

Domnievali ste sa niekedy, že Vaše dieťa má problémy so zrakom v období od 3 do 5 rokov ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke C 7.

Ak á n o,

a) Aký to bol problém ?

- |   |             |
|---|-------------|
| 1 | škúlenie    |
| 2 | niečo i n é |

uved'te prosím, čo:

.....

9      neviem

b) Bolo niekedy Vaše dieťa vyšetrené očným lekárom ?

áno  1      nie  2

Ak á n o,

c) V akom veku dieťaťa ?

- |   |         |
|---|---------|
| 1 | 3 roky  |
| 2 | 4 roky  |
| 3 | 5 rokov |

d) Čo zistil očný lekár ? .....

.....

c) Aká liečba bola použitá ? .....

.....

C 7. Malo Vaše dieťa nejaké ťažkosti s rečou v období od svojich 3 do 5 rokov ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke C 11.

Ak á n o,

C 8. Kto zistil tento problém ?

- |                                      | áno                        | nie                        |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Matka alebo jej partner           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. Detská sestra                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. Praktický lekár pre deti a dorast | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. Starí rodičia dieťaťa             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. Niekoľko iných                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Uveďte prosím kto :

.....

C 9. Navštívili ste s dieťaťom logopéda ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke C 11.

Ak á n o,

a. Koľko rokov malo dieťa ?  rokov

b. Čo sa zistilo ?

.....

C 10. Existujú ešte nejaké iné problémy, týkajúce sa reči Vášho dieťaťa ?

áno  1      nie  2

Ak á n o, popíšte ich prosím :

.....  
.....

C 11. Malo Vaše dieťa niekedy problémy s rastom ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke C 14.

Ak á n o

C 12. Kto zistil tento problém ?

- |                                      | áno                        | nie                        |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Matka alebo jej partner           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. Detská sestra                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. Praktický lekár pre deti a dorast | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. Starí rodičia dieťaťa             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| e. Niekoľko iných                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Uveďte prosím kto :

.....

C 13. Bolo dieťa s týmto problémom vyšetrené odborným lekárom ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke C 14.

Ak á n o



a. Akým špecialistom ?

.....

b. Aký bol vek dieťaťa ?

rokov

c. Čo sa zistilo ?

.....

.....

d. Existujú tieto obavy ešte aj teraz ?

áno  1      nie  2

C 14. Malo niekedy Vaše dieťa problémy s koordináciou pohybov?

áno  1      nie  2

Ak n i e, pejdite k otázke C 17.

Ak á n o,

C 15. Kto zistil tento problém ?

a. Matka alebo jej partner

áno	nie
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

b. Detská sestra

c. Praktický lekár pre deti a dorast

d. Starí rodičia dieťaťa

e. Niekoľko iných

Uved'te prosím kto :

.....

C 16. Bolo dieťa s týmto problémom vyšetrené odborným lekárom ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, pejdite k otázke C 17.

Ak á n o

a. Akým špecialistom ?

.....

b. Koľko rokov malo dieťa ?

rokov

c. Čo sa zistilo ?

.....

.....

d. Existujú tieto ťažkosti aj teraz ?

áno  1      nie  2

Ak á n o, popíšte ich prosím :

.....

.....

C 17. Vyskytli sa u Vášho dieťaťa ešte nejaké iné problémy týkajúce sa jeho vývoja ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, pejdite k otázke C 20.

Ak á n o,

C 18. Kto zistil tento problém ?

- a. Matka alebo jej partner
- b. Detská sestra
- c. Praktický lekár pre deti a dorast
- d. Starí rodičia dieťaťa
- e. Niekoľko iných

	áno	nie
1	2	
1	2	
1	2	
1	2	
1	2	

Uvedte prosím kto :

.....

C 19. Bolo dieťa s týmto problémom vyšetrené špecialistom?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke C 20.

Ak á n o

a. Akým špecialistom ?

.....

b. Koľko rokov malo dieťaťa ?

 rokov

c. Čo sa zistilo ?

.....

.....

d. Existujú tieto problémy ešte aj teraz ?

áno  1      nie  2

Ak á n o, prosím popíšte ich :

.....

C 20. Vyskytli sa ešte nejaké iné problémy, s ktorými bolo dieťa vyšetrené u odborného lekára ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k sekcii D.

Ak á n o

C 21. Koľko bolo iných problémov ?

Uvedte prosím k trom najzávažnejším problémom :

### Pr o b l é m č. 1 (i)

a. Aké ťažkosti boli považované za problém ?

.....

b. Akého špecialistu ste navštívili ?

.....

c. Koľko rokov malo Vaše dieťa, keď ste s týmto problémom boli prvýkrát u špecialistu ? Napište „0“, ak malo dieťa menej ako 1 rok.

 r o k o v

d. Čo sa zistilo :

.....

e. Ako bolo dieťa liečené ?

.....

.....

**Próblém č. 2 (ii)**

a. Aké ťažkosti boli považované za problém ?

.....

b. Akého špecialistu ste navštívili ?

.....

c. Koľko rokov malo Vaše dieťa, keď ste s týmto problémom boli prvýkrát u špecialistu ? Napište „0“, ak malo dieťa menej ako 1 rok.

rokov

d. Čo sa zistilo :

.....

e. Ako bolo dieťa liečené ?

.....

.....

**Próblém č. 3 (iii)**

a. Aké ťažkosti boli považované za problém ?

.....

b. Akého špecialistu ste navštívili ?

.....

c. Koľko rokov malo Vaše dieťa, keď ste s týmto problémom boli prvýkrát u špecialistu ? Napište „0“, ak malo dieťa menej ako 1 rok.

rokov

d. Čo sa zistilo :

.....

e. Ako bolo dieťa liečené ?

.....

.....

Ak bolo závažných zdravotných dôvodov viac ako tri, uveďte ich prosím rovnakým spôsobom na čistý papier

C 22. Navštívilo dieťa niekedy zubného lekára ?

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | áno, bolo liečené       |
| 2 | áno, len pri prehliadke |
| 3 | nie, nenavštívilo       |

Ak n i e, prejdite k otázke C 23.

Ak bolo liečené, bolo to:

- |                    | áno                  | nie                  |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| a) Plombovanie     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b) Vytrhnutie zubu | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Ak á n o, koľko zubov bolo vytrhnutých celkom :

- c) Iné liečenie

Uveďte, prosím, aké: .....

C 23 a. Používa Vaše dieťa zubnú kefku ?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | áno, kefku pre dospelých |
| 2 | áno, detskú kefku        |
| 3 | nie, vôbec nie           |

b. Ako často si čistí zuby ?

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1 | častejšie ako 1-krát denne |
| 2 | 1 - krát denne             |
| 3 | menej ako 1 - krát denne   |
| 4 | vôbec                      |

c. Ako si čistí zuby ?

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| 1 | vždy si ich čistí samo         |
| 2 | zvyčajne si ich čistí samo     |
| 3 | vždy mu ich čistia dospelí     |
| 4 | zvyčajne mu ich čistia dospelí |
| 5 | niekedy samo, niekedy dospelí  |
| 6 | i n a k                        |

Ak i n a k, popíšte, prosím:

.....  
.....

C 24. Čistí si zuby zubnou pastou ?

áno  1      nie  2

Ak n i e, prejdite k otázke C 25.

Ak á n o,

a) Koľko pasty teraz dávate na jeho kefku ?

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1 | plná kefka             |
| 2 | do polovičky kefky     |
| 3 | menej ako do polovičky |

b) Prehíta ju dieťa alebo ju vyplúva ?

- |   |            |
|---|------------|
| 1 | prehíta ju |
| 2 | vyplúva ju |
| 3 | mení sa to |

c) Aký druh zubnej pasty zvyčajne používate :  
( prosím, uveďte presný názov a značku )

.....

C 25. Malo dieťa niekedy röntgenovaný chrup ?

áno  1      nie  2

C 26. Vypadli mu už niektoré mliečne zuby ?

áno  1      nie  2

Ak á n o,

K o ľ k o   zubov

### SEKCIA D : SPÁNOK A PLAČ

D 1. Má Vaše dieťa pravidelný režim spánku?

áno  1      nie  2

D 2. Koľko hodín spí denne ?

- |   |                    |
|---|--------------------|
| 1 | vôbec              |
| 2 | menej ako 1 hodinu |
| 3 | 1 - 2 hodiny       |
| 4 | viac než 2 hodiny  |
| 9 | neviem             |

D 3. a) O ktorej hodine chodí večer spať? o   hod.

D 3. b) O ktorej hodine sa ráno prebúdzá? o   hod.

D 4. a) Ako často sa dieťa budí v noci ?   krát

D 4. b) Koľkokrát v priebehu dňa spí ?   krát

D 5. V akej miestnosti dieťa spí?

- |                                | a)<br>Keď ho uklá-<br>dáte na noc | b)<br>Keď sa ráno<br>zobúdzá |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Samo vo vlastnej izbe          | 1                                 | 1                            |
| V izbe s ostatnými deťmi       | 2                                 | 2                            |
| Vo Vašej spálni                | 3                                 | 3                            |
| V miestnosti s inými dospelými | 4                                 | 4                            |
| Inde                           | 5                                 | 5                            |

Uved'te, prosím, kde: .....

D 6. Kde Vaše dieťa spí ?

- |                             | a)<br>Keď ho večer<br>ukladáte | b)<br>Keď sa ráno<br>zobúdzá |
|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Vo vlastnej postieľke       | 1                              | 1                            |
| V postieľke s inými deťmi   | 2                              | 2                            |
| Vo Vašej posteli s Vami     | 3                              | 3                            |
| V posteli s inými dospelými | 4                              | 4                            |
| Inde                        | 5                              | 5                            |

Uved'te, prosím, kde: .....

D 7. Ako zvyčajne spí ?

- Možné odpovede : 1 - vždy  
2 - zvyčajne  
3 - niekedy  
4 - zriedka

- |              |   |   |   |   |
|--------------|---|---|---|---|
| a. Na chrbte | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. Na boku   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. Na bruchu | 1 | 2 | 3 | 4 |

D 8. Máte pocit, že jeho spánok je:

- |   |   |
|---|---|
| 1 | lepší ako u iných detí rovnakého veku   |
| 2 | rovnaký ako u iných detí rovnakého veku |
| 3 | horší ako u iných detí rovnakého veku   |
| 9 | neviem                                  |

D 9. V miestnosti, kde dieťa spí väčšinu noci :

Možné odpovede :

- 1 - áno, väčšinu
- 2 - áno, niekedy
- 3 - nie, nikdy

	v zime (i)			v lete (ii)		
a) Kúri sa počas celej noci?	1	2	3	1	2	3
b) Kúri sa len časť noci	1	2	3	1	2	3
c) V noci je otvorené okno?	1	2	3	1	2	3
d) Spáva pod perinou?	1	2	3	1	2	3
e) Má elektrický vyhrievanú deku?	1	2	3	1	2	3
f) Spáva na vankúši	1	2	3	1	2	3

D 10. Za posledných 12 mesiacov Vaše dieťa :

Možné odpovede:

- 1 - áno, ale netrápilo ma to
- 2 - áno, trochu ma to trápilo
- 3 - áno, veľmi ma to trápilo
- 4 - nie, nestalo sa to
- 9 - neviem

a) Odmietalo ísť do postele	1	2	3	4	9
b) Prebúdzalo sa veľmi skoro	1	2	3	4	9
c) Malo ťažkosti so zaspávaním	1	2	3	4	9
d) Malo zlé sny (nočné múry)	1	2	3	4	9
e) Nechcelo zostať ležať v posteli	1	2	3	4	9
f) Prebúdzalo sa v noci	1	2	3	4	9
g) Prebúdzalo sa už po niekoľkých hodinách spánku	1	2	3	4	9

**SEKCIA E : RAST A VZHĽAD**

E 1 a. Sledovali ste od 3 rokov veku dieťaťa jeho hmotnosť a výšku ?

áno  1      nie  2

b. Ak á n o, prosím, uveďte:

	(i) V e k (roky a mesiace)	(ii) Hmotnosť (kg)	(iii) Výšku (v cm)
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E 2 a. Akú veľkosť topánok má Vaše dieťa ?

b. Akú domácu obuv nosí Vaše dieťa ?

.....

E 3. Akú farbu očí má Vaše dieťa ?

1	modrú
2	hnedú
3	šedú
4	zelenú
5	i n ú

Ak i n ú, napíšte prosím, akú :

.....



E 4 . Akú farbu vlasov má Vaše dieťa ?

1	čiernu
2	tmavohnedú
3	strednehnedú
4	svetlohnadú
5	zlatú
6	takmer bielu
7	ryšavú
8	i n ú

Ak i n ú, napíšte prosím, akú :

.....

**SEKCIA F : ZÁVER**

F 1. Tento dotazník vyplnil (a) :

- a. Matka dieťaťa
- b. Otec dieťaťa
- c. Nieкто iný

áno	nie
1	2
1	2
1	2

Uved'te, prosím, kto : .....

F 2. Dátum vyplnenia dotazníka :

Deň :  Mesiac :  199

F 3. Dátum narodenia dieťaťa :

Deň :  Mesiac :  199

F 4. Miesto na poznámky a pripomienky :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ĎAKUJEME VÁM ZA VAŠU SPOLUPRÁCU**

Po vyplnení vráťte, prosím na adresu :

Projekt ELSPAC  
Odd.epidemiológie a biometricky  
ÚPKM  
Limbová 14  
833 01 Bratislava

Poznámky:

Poznámky:

Poznámky:

Poznámky:

Poznámky: