

## Опросник для изучения состояния здоровья и развития детей

Опрос проводит Уральский государственный медицинский университет с целью разработки мероприятий по улучшению состояния здоровья и развития детей.

Просим Вас принять участие в исследовании питания детей дошкольного возраста. Прочитайте вопросы и отметьте те ответы, которые характеризуют состояние здоровья и условия жизни Вашего ребенка, в случае необходимости напишите свой вариант ответа. Организаторы исследования обязуются не разглашать полученную информацию.

Я согласен (согласна) на проведение исследования состояния здоровья и развития моего ребенка и использования этих результатов без оглашения его и моей фамилии \_\_\_\_\_

### Общие данные

1. Фамилия и Имя Вашего ребенка \_\_\_\_\_
2. Дата рождения Вашего ребенка (число.месяц.год) \_\_\_\_\_
3. Пол ребенка: О<sub>1</sub> – Женский О<sub>2</sub> – Мужской
4. В каком городе Вы проживаете?  
О<sub>1</sub> – Екатеринбург  
О<sub>2</sub> – другой город (допишите) \_\_\_\_\_

5. Какое дошкольное учреждение посещает Ваш ребенок? ДОО № \_\_\_\_\_

6. Какую группу?  
О<sub>1</sub> – младшую  
О<sub>2</sub> – среднюю  
О<sub>3</sub> – старшую  
О<sub>4</sub> – подготовительную

7. С кем Ваш ребенок проживает вместе? (укажите все верные ответы)

Мать	отец	бабушка	дедушка	брат (братья)	сестра (сестры)	мачеха	отчим
О <sub>1</sub>	О <sub>2</sub>	О <sub>3</sub>	О <sub>4</sub>	О <sub>5</sub>	О <sub>6</sub>	О <sub>7</sub>	О <sub>8</sub>

О<sub>9</sub> – другие члены семьи (укажите) \_\_\_\_\_

### Организация питания

8. Как часто Ваш ребенок обычно принимает пищу в выходные дни, когда не посещает дошкольное учреждение? (укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

	Постоянно	Не всегда	Редко или никогда
Завтрак	О <sub>1</sub>	О <sub>2</sub>	О <sub>3</sub>
2-й завтрак	О <sub>1</sub>	О <sub>2</sub>	О <sub>3</sub>
Обед	О <sub>1</sub>	О <sub>2</sub>	О <sub>3</sub>
Полдник	О <sub>1</sub>	О <sub>2</sub>	О <sub>3</sub>
Ужин	О <sub>1</sub>	О <sub>2</sub>	О <sub>3</sub>
Перекусы между приемами пищи	О <sub>1</sub>	О <sub>2</sub>	О <sub>3</sub>

9. Сколько раз в день Ваш ребенок обычно принимает пищу в выходные дни? (укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

1 раз в день	2 раза в день	3 раза в день	4 раза в день	5 раз в день	6 раз в день
О <sub>1</sub>	О <sub>2</sub>	О <sub>3</sub>	О <sub>4</sub>	О <sub>5</sub>	О <sub>6</sub>

10. Бывают ли у Вашего ребенка перерывы в приеме пищи 5-6 часов и более?

- О<sub>1</sub> – да, часто О<sub>2</sub> – да, иногда О<sub>3</sub> – нет

11. Бывает ли, что Ваш ребенок ужинает менее, чем за 2 часа до начала сна?

O<sub>1</sub> – да, часто    O<sub>2</sub> – да, иногда    O<sub>3</sub> – нет

12. Существует ли в Вашей семье режим питания?

O<sub>1</sub> – да    O<sub>2</sub> – время от времени, стараемся придерживаться режима    O<sub>3</sub> – нет

13. Как часто на протяжении последнего месяца Ваш ребенок употреблял перечисленные продукты без учета тех дней, когда он питался в дошкольном учреждении? (Укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

	Никогда или очень редко	Несколько раз в месяц	Несколько раз в неделю	Каждый день
1. Фрукты	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
2. Овощи	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
3. Молоко	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
4. Молочнокислые напитки (кефир, йогурт, ряженка, простокваша и т.п.)	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
5. Творог или сыр	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
6. Мясо животных или птицы	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
7. Колбасные изделия, сосиски	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
8. Рыба и морепродукты	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
9. Макароны изделия	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
10. Крупьяные изделия, каши	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
11. Картофель	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
12. Супы	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
13. Яйца и блюда из них	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
14. Белый или пшеничный хлеб	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
15. Темный, ржаной или зерновой хлеб	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
16. Пироги, пицца и прочая выпечка	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
17. Чипсы, сухарики и другие снеки	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
18. Печенье, пряники и др. кондитерские изделия	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
19. Конфеты, шоколад, варенье, джем	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
20. Гамбургеры, картофель фри, наггетсы	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
21. Газированные и другие сладкие напитки (фанта, кола, лимонад и т.п.)	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
22. Фруктовые или овощные соки	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
23. Сливочное масло	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
24. Растительное масло	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>
25. Соления и маринованные продукты	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>

14. Из перечисленного ниже списка выберите продукты, от которых Вашему ребенку труднее всего отказаться, он готов их есть постоянно: (Укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

	Да	Нет
1. Шоколад, конфеты и другие кондитерские изделия	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
2. Жареная картошка	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
3. Колбаса, сосиски и т.п.	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
4. Макароны изделия	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
5. Чипсы, сухарики и другие снеки	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>

6. пирожное, торты	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
7. газированные напитки	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
8. фруктовые соки	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
9. гамбургеры, наггетсы	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
10. пицца, пирожки и другая выпечка	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>

O<sub>11</sub> – другое, допишите \_\_\_\_\_

15. Сколько кусочков и/или чайных ложек сахара (меда, джема, варенья и др.) Ваш ребенок обычно добавляет в напиток?

O<sub>0</sub> – Не добавляет, O<sub>1</sub> – 1 O<sub>2</sub> – 2 O<sub>3</sub> – 3 O<sub>4</sub> – 4 и более чайных ложек

16. Какой способ приготовления пищи предпочитают использовать в Вашей семье?

(укажите 1 ответ)

O<sub>1</sub> – варка

O<sub>2</sub> – жарка

O<sub>3</sub> – тушение

O<sub>4</sub> – запекание

O<sub>5</sub> – на пару

17. Принимал ли Ваш ребенок какие-либо витамины или витаминно-минеральные комплексы в течение последнего года?

O<sub>1</sub> – да, постоянно O<sub>2</sub> – принимает периодически O<sub>3</sub> –нет

Если принимал, то какие ? \_\_\_\_\_

18. Принимал ли ребёнок пре-, про- или симбиотические препараты в течение последних трёх месяцев (бифидумбакторин, лактобактерин и т.п.)?

O<sub>1</sub> - Да O<sub>2</sub> – Нет.

Если да, то какие \_\_\_\_\_

19. Какой аппетит у Вашего ребенка?

O<sub>1</sub>– повышенный

O<sub>2</sub>– хороший

O<sub>3</sub>– сниженный

O<sub>4</sub> - избирательный

20. В настоящее время соблюдает ли Ваш ребенок диету для того, чтобы изменить свой вес или для улучшения здоровья? (укажите 1 ответ)

O<sub>1</sub>– нет

O<sub>2</sub>– да, для снижения веса

O<sub>3</sub>– да, для повышения веса

O<sub>4</sub> – да, для улучшения здоровья

21. Ответьте на следующие вопросы о питании Вашего ребенка (Укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

	Да	Нет
1. Бывает ли, что он съедает чрезмерное количество пищи, чувствуя, что не может остановиться и контролировать, что и в каком количестве ест?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
2. Бывает ли, что с помощью еды Вы отвлекаете ребенка от неприятностей или конфликтов с кем-то из окружающих?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
3. Съедает ли он всё, что есть на его тарелке или на столе не потому, что он голоден, а потому что его так приучили?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>

4. Заставляли ли его под угрозой наказания съесть всю порцию? Поощряли ли за чистую тарелку?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
5. Придается ли в Вашей семье большое значение вкусной и полноценной пище?		
6. Бывает ли, что Вы балуете Вашего ребенка едой во время болезни, при неприятных событиях или в качестве поощрения?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
7. Лишаете ли Вы своего ребенка еды в наказание за что-либо?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>

### Режим дня и образ жизни

22. В какое время Ваш ребенок обычно ложится спать? (укажите 1 ответ)

O<sub>1</sub>- 20-20.59 час

O<sub>2</sub>-21-21.59 час

O<sub>3</sub>- 22.59 час

O<sub>4</sub>- 23-23.59 час

O<sub>5</sub>- 24 часа и позже

O<sub>6</sub>- он ложится спать в разное время

23. Во сколько Ваш ребенок обычно встает утром? (укажите 1 ответ)

O<sub>1</sub>- 6-6.59

O<sub>2</sub>- 7-7.59

O<sub>3</sub>- 8-8.59

O<sub>4</sub>- 9-9.59

O<sub>5</sub>- 10 часов и позже

O<sub>6</sub>- он встает в разное время

24. Спит ли Ваш ребенок днем в те дни, когда не посещает дошкольное учреждение?

O<sub>1</sub>- да      O<sub>2</sub>- не всегда      O<sub>3</sub>- не спит

25. Как часто Ваш ребенок чувствует себя невыспавшимся? (укажите 1 ответ)

O<sub>1</sub>- каждый день

O<sub>2</sub>- несколько раз в неделю

O<sub>3</sub>- несколько раз в месяц

O<sub>4</sub>- реже одного раза в месяц

O<sub>5</sub>- я всегда высыпаюсь

26. Нравится ли Вашему ребенку ходить в дошкольное учреждение?

O<sub>1</sub>- да      O<sub>2</sub>- не всегда      O<sub>3</sub>- не нравится

27. Как часто Ваш ребенок гуляет в выходные дни?

O<sub>1</sub>- каждый день      O<sub>2</sub>- не всегда      O<sub>3</sub>- редко, практически не гуляет

28. Сколько времени в течение дня Ваш ребенок обычно гуляет, ходит пешком?

менее 1 часа	1 час	1,5 часа	2 часа	2,5 час	3 часа и более
O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>	O <sub>6</sub>

29. Занимается ли Ваш ребенок регулярно физическими упражнениями (включая занятия в спортивных секциях, танцы, бассейн, велосипед, скейтборд, лыжи и т.п.) помимо дошкольного учреждения?

O<sub>1</sub>- да      O<sub>2</sub>- нет

30. Сколько часов в день Ваш ребенок обычно смотрит телевизор (включая видео и DVD) в свое свободное время? (укажите 1 ответ в каждой строке)

	Нисколько	до 1 часа	1,5-2 часа	2,5-3 часа	3,5-4 часа	более 4 часов
в будние дни	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>	O <sub>6</sub>
в выходные дни	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>	O <sub>6</sub>

31. Сколько часов в день Ваш ребенок обычно использует компьютер, телефон или другие гаджеты для того, чтобы играть в компьютерные игры, общаться в социальных сетях, входить в Интернет и т.п.? (укажите 1 ответ в каждой строке)

	Нисколько	Полчаса в день	1 час в день	2 часа в день	3 часа в день	4 часа в день	5 часов в день	6 часов в день	7 или более часов в день
в будние дни	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>	O <sub>6</sub>	O <sub>7</sub>	O <sub>8</sub>	O <sub>9</sub>
в выходные дни	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>	O <sub>6</sub>	O <sub>7</sub>	O <sub>8</sub>	O <sub>9</sub>

32. Бывает ли, что ли кто-то из родителей или других родственников курит обычные или электронные сигареты, вейпы, другую никотинсодержащую продукцию в квартире/доме, где проживает ребенок?

O<sub>1</sub>- да, O<sub>2</sub>- нет.

#### Развитие ребенка в периоде беременности и на 1-м году жизни

33. От какой по счету беременности родился ребенок? \_\_\_\_

34. От каких по счету родов родился ребенок? \_\_\_\_\_

35. Какие были отклонения в течении беременности? (Укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

1. ОРВИ	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
2. новая коронавирусная инфекция	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
3. анемия	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
4. угроза прерывания беременности	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
5. кольпит	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
6. пиелонефрит	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
7. преэклампсия	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
8. гестационный сахарный диабет	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>

O<sub>9</sub> - другое (допишите) \_\_\_\_\_

36. Принимала ли мама ребенка во время беременности витаминно-минеральные комплексы?

O<sub>1</sub>- да, O<sub>2</sub>- нет, O<sub>3</sub> – не помню

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

37. Принимала ли мама ребенка антибиотики во время беременности?

O<sub>1</sub>- да, O<sub>2</sub>- нет, O<sub>3</sub> – не помню

38. Какие были роды?

O<sub>1</sub> Через естественные родовые пути

O<sub>2</sub> - Кесарево сечение

39. На каком сроке беременности родился ребенок? \_\_\_\_\_ недель

40. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ баллов

41. Как протекали роды? (укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

1. Гипоксия	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
2. Асфиксия	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
3. Обвитие пуповины	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
4. Синдром дыхательных расстройств	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>

O<sub>5</sub> - Другое (допишите) \_\_\_\_\_

42. Как протекал у ребенка период новорожденности (первый месяц жизни)? (укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

	Да	Нет
1. недоношенность	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
2. малый вес, гипотрофия	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
3. гипербилирубинемия, желтуха новорожденных	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
4. анемия	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>

O<sub>5</sub> – другое (допишите) \_\_\_\_\_

43. Какой была продолжительность естественного (грудного) вскармливания?  
До \_\_\_\_\_ месяцев, O<sub>100</sub>- не помню

44. В каком возрасте ребенку был впервые введен докорм (молочная смесь, коровье или козье молоко, кефир и т.п.)?  
С \_\_\_\_\_ месяцев, O<sub>100</sub>- не помню

45. В каком возрасте был введен первый прикорм (другие продукты, кроме молока и молочных смесей)?  
С \_\_\_\_\_ месяцев, O<sub>100</sub>- не помню

46. Каким был вид первого прикорма?

O<sub>1</sub> - фруктовый

O<sub>2</sub> - овощной

O<sub>3</sub> - зерновой (каша или хлеб)

O<sub>4</sub> – мясной

47. Какие заболевания ребенок перенес на 1 году жизни? (укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

	Да	Нет
1. ОРВИ	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
2. новая коронавирусная инфекция	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
3. анемия	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
4. функциональные расстройства пищеварения (колики, срыгивания, запоры, поносы и т.п.)	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
5. аллергический или атопический дерматит	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>

O<sub>6</sub> – другое (допишите) \_\_\_\_\_

48. Принимал ли ребенок какие-либо лекарственные препараты на 1-м году жизни? (укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

	Да	Нет
1. антибиотики	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
2. про- и пребиотики	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
3. витамин Д	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
4. препараты железа	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>

O<sub>5</sub> – другие (допишите) \_\_\_\_\_

#### Состояние здоровья ребенка в настоящее время

49. Когда у ребенка последний раз измеряли рост и вес (день.месяц.год)? \_\_\_\_\_

50. Какой у ребенка был рост? \_\_\_\_\_ см

51. Какой у ребенка был вес? \_\_\_\_\_ кг

52. За последние полгода как часто Ваш ребенок испытывал следующие неприятные ощущения? (укажите 1 ответ в каждой строке)

	Редко или никогда	Несколько раз в месяц	Несколько раз в неделю
1. Головная боль	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
2. Боль в животе	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
3. Подавленность	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
4. Раздражительность или плохое настроение	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
5. Слезливость, частые перемены настроения	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
6. Плохой сон, трудности с засыпанием	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
7. Головокружение, обмороки	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
8. Повышенная утомляемость, слабость	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
9. Проблемы с концентрацией и вниманием	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
10. Потливость или появление красных пятен при волнении	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
11. Тошнота	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
12. Рвота	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
13. Изжога	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
14. Отрыжка	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
15. Вздутие живота	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
16. Неприятный привкус во рту	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
17. Неприятный запах изо рта	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
18. Нарушения стула - запоры	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
19. Нарушения стула - поносы	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
20. Боли в суставах	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>

53. Как часто у ребенка обычно бывает стул?

O<sub>0</sub> - Не каждый день

\_\_\_\_\_ раз в день

54. Наблюдали ли Вы у Вашего ребенка какие-либо из нижеперечисленных признаков в последние 1-2 месяца: (укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

	Да	Нет
ломкость и слоистость ногтей	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
сухость кожи	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
трещины в уголках рта	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
кровоточивость десён (в т.ч. при надавливании на десна, при чистке зубов)	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
выпадение или секущие кончики волос	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
язык малинового цвета	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
язык, обложенный белым или желтым налетом	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
склонность к образованию синяков	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
медленное заживление ран и порезов	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
угревая сыпь, гнойнички на коже	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
ухудшение зрения в сумерках (темноте)	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
кариес зубов	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>

55. Были ли у ребенка в течение последнего года заболевания желудочно-кишечного тракта? (укажите в каждой строке 1 вариант ответа)

	Да	Нет
Гастрит /Дуоденит	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
Язвенная болезнь	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
Язвенный колит	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
Дискинезия желчевыводящих путей	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
Заболевания печени	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
Заболевания поджелудочной железы	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
Глистные заболевания	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
Синдром раздраженного кишечника	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
Синдром избыточного бактериального роста	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
Острые кишечные инфекции	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>
Кандидоз кишечника	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>

56. Есть ли у Вашего ребенка другие хронические заболевания, диагностированные врачом?  
O<sub>0</sub> – нет      O<sub>1</sub> – да      O<sub>2</sub> – не знаю

57. Если имеются хронические заболевания, то перечислите их:

---

58. Сколько раз за последний год Ваш ребенок болел простудными заболеваниями (у него отмечались повышение температуры тела, насморк, боли в горле или кашель) и не посещал дошкольное учреждение?

O<sub>0</sub> – не болел

O<sub>1</sub> – 1 раз в год

O<sub>2</sub> - 2 раза в год

O<sub>3</sub>- 3 раза в год

O<sub>4</sub>- 4 раза в год

O<sub>5</sub>- 5 раз в год

O<sub>6</sub>- 6 и более раз в год

59. Есть ли у Вашего ребенка установленная врачом непереносимость или аллергия на какие-либо продукты, лекарства, растения или другие вещества?

О<sub>1</sub> – нет О<sub>2</sub> – да

Если да, то укажите, на что именно (допишите)? \_\_\_\_\_

60. Страдает ли мама ребенка какими-либо хроническими заболеваниями?

О<sub>1</sub> – нет О<sub>2</sub> – да О<sub>3</sub> – не знаю

Если да, то какими (допишите)? \_\_\_\_\_

61. Страдает ли папа ребенка какими-либо хроническими заболеваниями?

О<sub>1</sub> – нет О<sub>2</sub> – да О<sub>3</sub> – не знаю

Если да, то какими (допишите)? \_\_\_\_\_

### Вопросы о семье

61. Какое образование имеют родители ребенка? (укажите 1 ответ в каждой строке)

	Неполное среднее (не закончили школу)	Среднее (закончили только школу)	Среднее профессиональное (закончили техникум, колледж)	Высшее (закончили институт, академию, университет)	Затрудняюсь ответить
Мать	О <sub>1</sub>	О <sub>2</sub>	О <sub>3</sub>	О <sub>4</sub>	О <sub>5</sub>
Отец	О <sub>1</sub>	О <sub>2</sub>	О <sub>3</sub>	О <sub>4</sub>	О <sub>5</sub>

62. Как бы Вы оценили уровень доходов в Вашей семье?

О<sub>1</sub> - Ниже, чем у других, О<sub>2</sub> –Такой же, как у других, О<sub>3</sub> – Выше, чем у других

63. Есть ли у Вашего ребенка собственная или совместная с братьями или сестрами комната для занятий и сна?

О<sub>0</sub> – нет О<sub>1</sub> – да

64. Сколько компьютеров или ноутбуков в Вашей семье?

О<sub>0</sub> – ни одного О<sub>1</sub> – один О<sub>2</sub> – два О<sub>3</sub> – больше двух

65. В Вашей семье есть автомобиль?

О<sub>0</sub> – нет О<sub>1</sub> – есть О<sub>2</sub> – есть, и не один

66. Как часто Вы ездили с семьёй отдыхать за последние 12 месяцев?

О<sub>0</sub> – не ездили О<sub>1</sub> – один раз О<sub>2</sub> – два раза О<sub>3</sub> – больше двух раз

Дата опроса (число.месяц.год) \_\_\_\_\_

Благодарим Вас за сотрудничество!

### Методы исследования (ссылка на источники):

1	Жалобы на состояние здоровья	Оценка по комплексной методике и анкетный опрос («Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях. Модель организации, федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся», ФГАУ «НЦЗД» Минздрава России, 2016)
---	------------------------------	--

5	Оценка клинических симптомов нарушений пищевого статуса	МР «Способ диагностики обеспеченности организма человека пищевыми веществами», ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», 2016г.
6	Самооценка здоровья	Опросник международного мониторингового исследования ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC-исследование, 2017г)
7	Социально-экономический статус	
8	Режим питания	
10	Частота потребления пищевых продуктов	Опросник «Межкультурное исследование качества жизни. Здоровье и питание 2014-2015гг», ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», 2018г.
11	Пищевое поведение	Опросник «Пищевое поведение» (Савчикова, 2005 год)