**ДОБРЫЙ ДЕНЬ, ДЛЯ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ,**

**ЕСЛИ ВОЗМОЖНО, ЗАПОЛНИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, АНКЕТУ,**

**ПОДЧЕРКНУВ ИМЕЮЩИЕСЯ У РЕБЕНКА СИМПТОМЫ:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Возраст:\_\_\_\_\_\_лет\_\_\_\_\_\_мес

*Фамилия, имя ребенка*

Ребенок: не инвалид, инвалид по психическому заболеванию, по иным заболеваниям.

Учится: в детском саду, школе, не учится, иное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наблюдается: психиатром, неврологом, эпилептологом, не наблюдается.

Возраст первого обращения к психиатру\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(лет, мес), сегодня впервые: да, нет.

Какие лекарства в настоящее время получает (по психиатрии, неврологии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Имелась ли непереносимость, парадоксальные реакции на какие-либо лекарства (на какие?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Переносил ли ребенок черепно-мозговые травмы: да, нет, в каком возрасте?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выявлялась ли когда-либо у ребенка эпилептическая активность на ЭЭГ: да, нет

Переносил ли ребенок эпилептические приступы: да, нет. В каком возрасте?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Были ли в роду родственники: с психическими расстройствами, алкоголизмом, наркоманией, совершившие самоубийства; не было (подчеркните, пожалуйста).

Укажите, пожалуйста, от какой (по счету) беременности родился ребенок\_\_\_\_\_, от каких (по счету) родов\_\_\_\_\_. Отмечалась ли патология: во время беременности: да, нет; родов: да, нет.

При рождении: оценка по шкале Апгар \_\_\_\_/\_\_\_\_ баллов. Масса\_\_\_\_\_\_\_\_гр., длина\_\_\_\_\_\_\_\_см.

Был выписан из роддома на\_\_\_\_\_\_\_\_сутки. Переведен в другие лечебные учреждения или отделения: да, нет.

Ребенок: стал держать голову\_\_\_\_\_мес, сидеть\_\_\_\_\_мес, самостоятельно ходить\_\_\_\_\_мес, ползал с\_\_\_\_мес, не ползал. Отмечалось ли активное гуление и лепет до 1 года жизни: да, нет. Возраст появления первых слов\_\_\_\_\_, фраз\_\_\_\_\_\_, речь отсутствует. Стал пользоваться горшком (унитазом) для мочеиспускания\_\_\_\_\_(лет, мес), для дефекации\_\_\_\_\_\_(лет, мес);

не пользуется до сих пор, отказывается от горшка/унитаза.

С какого возраста (лет, мес) Вас стало беспокоить психическое состояние ребенка?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отмечался ли отчетливый момент, с которого Вы считаете, что состояние ребенка значительно изменилось в худшую сторону?: да, нет. В каком возрасте?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На что Вы обратили внимание в тот период?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

***Подчеркните, пожалуйста, если какие-либо указанные симптомы отмечались у Вашего ребенка за прошедшие 3 месяца***

1. Смена настроения от плохого до повышенного, дурашливого, избыточно веселого.

2. Возбудимость, протестность, раздражительность в ситуации ограничения, недовольства, агрессия к себе, агрессия к окружающим, нарушения дисциплины, мастурбация, воровство, лживость, оговоры, уходы из дома, влечение к огню, собирательство ненужного.

3. Плаксивость, капризность, раздражительность, тревожность, фиксация на физическом самочувствии, периодическая заторможенность, вялость по утрам, трудности концентрации внимания, нежелание ничего делать, тоскливость, утомляемость.

4. Говорливость, избыточная активность, скачка мыслей, дурашливость, трудности засыпания, повышение аппетита.

5. Отказы, трудности, невозможность привлечь к занятиям, выполнению уроков, соблюдения личной гигиены, самообслуживания, помощи в быту, бездеятельность.

6. Нарушение засыпания, беспокойный сон, ранние пробуждения. Аппетит: снижение, повышение, отсутствие. Неудержание мочи, неудержание стула, запоры, удерживание стула, учащенное мочеиспускание. Боли: голова, сердце, живот, конечности. Облизывания, обнюхивания. Тики. Гиперкинезы.

7. Навязчивые мысли, ритуалы. Грызение/обрывание ногтей. Кручение/выдирание волос.

8. Отсутствие/снижение реакции на обращение, отсутствие/снижение глазного контакта, избегание прикосновений, неусидчивость, застывания, импульсивность, цыпочки, бег/ходьба взад-вперед, бег/ходьба по кругу, прыжки, кружения, перетаптывания, раскачивания, взмахи, потряхивания руками, однообразная мимика, тики, гримасы, повторы сказанных ребенку слов, однообразные выкрики, часто необращенная речь, скрипение зубами, усиление двигательного возбуждения к вечеру, беспричинный смех/плач, лазание по верхам, беспричинная агрессия к себе, к окружающим.

9. В нескольких словах опишите, пожалуйста, основные черты характера Вашего ребенка (активность, общительность, жизнерадостность, любознательность и т.п.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Для детей без значимого отставания в развитии, старше 6 лет (подчеркните, пожалуйста).*

10. Высказывания, что жизнь плохая, что не хочется жить, что хочется умереть, что есть план, как это сделать. Самоповреждения (самопорезы, нанесение ожогов, ударов). Суицидальная попытка: не было, одна, несколько.

11. Высказывания, что ребенку что-то кажется: видится, слышится, ощущается.

12. Высказывания, что: многие окружающие, даже незнакомые, плохо к нему относятся. За ним следят через камеры, через окна, кто-то преследует, кто-то на него воздействует. Он уверен в наличии значительного физического недостатка (избыточный вес, некрасивые части тела) или неизлечимого заболевания. Много и избыточно фантазирует.

13. Нарушилось пищевое поведение: ограничивает себя в пище, сильно похудел, стремится быть больше в движении. Стал переедать, вызывать рвоту.

14. Высказывания, что: всё окружающее серое, нереальное. Что не чувствует себя, своё тело, что сознание раздвоилось, утратилось.

15. Понимает, есть проблемы с психическим здоровьем и ждёт помощи. Не понимает, что есть проблемы с психическим здоровьем, отказывается от консультации психиатра, приёма лекарств.

**ДАТА** ЗАПОЛНЕНИЯ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***СПАСИБО!***