



EHIS-3

EUROPEJSKIE ANKIETOWE BADANIE ZDROWIA KWESTIONARIUSZ INDYWIDUALNY DLA DZIECKA

Wywiad - dla osoby w wieku 0–14 lat

Symbol terytorialny

SYMBOL

Nr rejonu statystycznego i nr obwodu

REJON

Nr wylosowanego mieszkania w obwodzie

NRM

Nr gospodarstwa domowego w mieszkaniu

NRG

Nr osoby

NRO

Kto odpowiadał na pytania ankiety

KTO

Osoba z tego gospodarstwa – wpisać numer osoby

Osoba spoza gospodarstwa

Data przeprowadzenia wywiadu (dzień i miesiąc)

DATA

Nr wizyty

NRWIZYT

Teraz chciałbym/chciałabym porozmawiać o ogólnym stanie zdrowia dziecka. Odpowiadając na pytania proszę nie brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych dziecka jak np. przeziębienie, grypa, złamanie czy wybitec palca.

STAN ZDROWIA

C1 Jak ogólnie ocenia Pan/Pani zdrowie swojego dziecka?

1. Bardzo dobrze
2. Dobrze
3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle
4. Źle
5. Bardzo źle
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
5
9

C1

C2 Czy dziecko ma jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające (lub przewidywane, że będą trwały) 6 miesięcy lub dłużej?

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

1
2
9

C2

C3 Czy z powodu problemów zdrowotnych dziecko miało ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie dzieci zwykle wykonują, trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy?

1. Tak, poważnie ograniczoną
2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie
3. Nie, nie miało żadnych ograniczeń
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
9

C3

C4 Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowy lub wojewódzki Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności?

1. Tak
2. Nie
9. Nie wie lub odmowa

1
2
9

C4

ANKIETER: KARTA C1

C5 Choroby i dolegliwości przewlekłe

- A. Astma (łącznie z astmą alergiczną)
- B. Alergia, jak np. nieżyt nosa, gorączka sienna, zapalenie oka, zapalenie skóry, alergia pokarmowa lub inna (z wyłączeniem astmy alergiczej)
- C. Choroby oka
- D. Choroby kręgosłupa
- E. Częste bóle głowy
- F. Inne choroby (nie wymienione powyżej)

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko miało którąś z następujących chorób lub dolegliwości?	Jeśli TAK, to czy choroba lub dolegliwość była stwierdzona przez lekarza?						
1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa	1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa						
<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5A1	1	2	9	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5A2	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					
<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5B1	1	2	9	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5B2	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					
<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5C1	1	2	9	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5C2	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					
<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5D1	1	2	9	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5D2	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					
<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5E1	1	2	9	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5E2	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					
<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5F1	1	2	9	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr></table> C5F2	1	2	9
1	2	9					
1	2	9					

PYTANIA C6–C7 TYLKO DLA DZIECI W WIEKU 2 LATA I WIĘCEJ

C6 Czy u dziecka stwierdzono poważne?

- A. Kłopoty ze słuchem C6A
- B. Kłopoty ze wzrokiem C6B
- C. Trudności w mówieniu C6C
- D. Trudności w poruszaniu się C6D
- E. Inne trudności (np. z umyciem się, ubieraniem) C6E

1 – Tak
2 – Nie
9 – Nie wie lub odmowa

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

C7 Czy dziecko korzysta z następujących urządzeń pomocniczych?

- A. Okulary lub szkła kontaktowe C7A
- B. Aparat słuchowy (także implant ślimakowy) C7B
- C. Laska, kula, balkonik C7C
- D. Wózek inwalidzki lub inny wózek C7D
- E. Inne urządzenia pomocnicze C7E

1 – Tak
2 – Nie
9 – Nie wie lub odmowa

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

ANKIETER: KARTA C2

C8 Wypadki w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Należy wziąć również pod uwagę urazy powstałe wskutek zatrucia lub ugryzienia czy ukąszenia przez zwierzęta lub owady; natomiast nie należy uwzględniać urazów spowodowanych przez samookaleczenia i umyślne działania innych osób (np. pobicie)

Rodzaje zdarzenia:

- A. Wypadek drogowy (komunikacyjny)
- B. Wypadek w domu lub w otoczeniu domu (np. ogród, garaż, ścieżka, podwórko)
- C. Wypadek w czasie wolnym
- D. Wypadek w żłobku, przedszkolu, w szkole

	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko miało wypadek, którego skutkiem był uraz?	Jeśli TAK, to czy w wyniku tego wypadku dziecko potrzebowało opieki medycznej?
	1. Tak 2. Nie 9. Nie wie lub odmowa	1. Tak, zostało przyjęte do szpitala lub innej placówki zdrowia i pozostało na noc 2. Tak, zostało przyjęte do szpitala lub innej placówki zdrowia, ale nie pozostało na noc 3. Tak, od lekarza lub pielęgniarki 4. Nie było konieczności konsultacji lub interwencji 9. Nie wie lub odmowa
A.	<input type="checkbox"/> C8A1	<input type="checkbox"/> C8A2
B.	<input type="checkbox"/> C8B1	<input type="checkbox"/> C8B2
C.	<input type="checkbox"/> C8C1	<input type="checkbox"/> C8C2
D.	<input type="checkbox"/> C8D1	<input type="checkbox"/> C8D2

C9 Ile dziecko ma wzrostu (bez butów)? Proszę wpisać bez znaku po przecinku, np. 90, 154.

W centymetrach

C9

999 – Nie wie lub odmowa

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

C10 Ile dziecko waży (bez ubrania i butów)? Dzieciom poniżej 1. roku życia proszę wpisać wagę w kilogramach i gramach, np. 5 800, a dzieciom powyżej 1 roku tylko w kilogramach.

W kilogramach i w gramach

999 – Nie wie lub odmowa C10

--	--	--	--	--	--	--	--

C11 Czy dziecko było karmione piersią?

1. Tak

2. Nie

9. Nie wie lub odmowa

1 →C12

2 | →C13

9 |

C12 Ile miesięcy dziecko było karmione piersią?
Proszę podać z dokładnością do pół miesiąca, np. 2,5 lub 6,0

Miesiące

99 – Nie wie lub odmowa C12

--	--	--	--	--	--	--	--

Jeżeli dziecko jest nadal karmione piersią – wpisać 88.

OPIEKA ZDROWOTNA

Kolejny blok pytań dotyczy czasu spędzonego w szpitalu. Uwzględnione są wszystkie rodzaje szpitali.

C13 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było w szpitalu jako pacjent całodobowy, czyli przez 1 noc lub dłużej?

1. Tak

2. Nie

9. Nie wie lub odmowa

1 →C14

2 | →C15

9 |

C14 Ile nocy łącznie dziecko spędziło w szpitalu?
Nie wliczać pobytów niezakończonych

Liczba nocy

999 – Nie wie lub odmowa C14

--	--	--	--

C15 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było przyjęte do szpitala jako pacjent dzienny, czyli bez konieczności pozostania na noc?

1. Tak

2. Nie

9. Nie wie lub odmowa

1 →C16

2 | →C17

9 |

C16 Ile razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było przyjęte do szpitala jako pacjent dzienny?

Liczba przyjęć

999 – Nie wie lub odmowa C16

--	--	--	--

PYTANIE C17 TYLKO DLA DZIECI W WIEKU 2 LATA I WIĘCEJ

C17 Kiedy ostatnio dziecko było u dentysty lub ortodonta?

1. Mniej niż 6 miesięcy temu

2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu

3. 12 miesięcy temu lub dawniej

4. Nigdy

9. Nie wie lub odmowa

1

2

3

4

9

C17

Następny zestaw pytań dotyczy konsultacji z lekarzem pediatrą, rodzinnym lub lekarzem POZ. Proszę ująć zarówno wizyty w miejscu praktyki lekarza jak i wizyty domowe i konsultacje telefoniczne.

C18 Kiedy ostatnio dziecko było u lekarza pediatry, rodzinnego lub lekarza POZ?

- 1. Mniej niż 6 miesięcy temu
- 2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
- 3. 12 miesięcy temu lub dawniej
- 4. Nigdy
- 9. Nie wie lub odmowa

<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td></tr> </table>	1	2	3	4	9	→C19 →C20	C18
1							
2							
3							
4							
9							
99 – Nie wie lub odmowa		C19					
<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							

C19 Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni dziecko było u lekarza pediatry, rodzinnego lub lekarza POZ?

Ile razy (jeżeli ani razu - wpisać 0)

Następne pytania dotyczą konsultacji z lekarzami specjalistami (np. alergolog, okulista, ortopeda). Obejmują tylko wizyty ambulatoryjne u lekarzy lub na oddziałach ratunkowych, ale nie obejmują kontaktów podczas pobytu w szpitalu jako pacjent całodobowy lub pacjent dzienny.

C20 Kiedy ostatnio dziecko było u lekarza specjalisty?

- 1. Mniej niż 6 miesięcy temu
- 2. Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
- 3. 12 miesięcy temu lub dawniej
- 4. Nigdy
- 9. Nie wie lub odmowa

<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td></tr> </table>	1	2	3	4	9	→C21 →C22	C20
1							
2							
3							
4							
9							
99 – Nie wie lub odmowa		C21					
<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							

C21 Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni dziecko było u lekarza specjalisty?

Ile razy (jeżeli ani razu - wpisać 0)

Chciałbym/chciałabym teraz zapytać o leki, które stosowało dziecko w ciągu ostatnich 2 tygodni.

C22 Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni dziecko stosowało jakieś leki przepisane mu przez lekarza na receptę?

- 1. Tak
- 2. Nie
- 9. Nie wie lub odmowa

<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td></tr> </table>	1	2	9	→C23 →C24	C22
1					
2					
9					

ANKIETER: KARTA C3

C23 Czy były to następujące leki?

- A. Antybiotyki (np. penicylina czy augmentin)
- B. Na przeziębienie, grypę lub ból gardła
- C. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny)
- D. Na astmę
- E. Na problemy żołądkowe
- F. Na bóle głowy lub migrenę
- G. Na inne bóle
- H. Hormonalne syntetyczne
- I. Uspokajające
- J. Inne leki przepisane przez lekarza

1 – Tak 2 – Nie 9 – Nie wie lub odmowa												
<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>												C23A C23B C23C C23D C23E C23F C23G C23H C23I C23J

C24	Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni dziecko stosowało jakieś leki, które <u>nie</u> były przepisane na receptę przez lekarza?	C24
	1. Tak	<input type="checkbox"/> 1 →C25
	2. Nie	<input type="checkbox"/> 2 →C26
	9. Nie wie lub odmowa	<input type="checkbox"/> 9
C25	Czy były to następujące leki?	
	A. Na przeziębienie, grypę lub ból gardła	C25A
	B. Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny) ..	C25B
	C. Na problemy żołądkowe	C25C
	D. Na bóle głowy lub migrenę	C25D
	E. Na inne bóle	C25E
	F. Witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające	C25F
	G. Inne leki lub suplementy	C25G

Teraz chcę spytać o szczepienia przeciwko grypie.

C26	Czy dziecko było kiedykolwiek szczepione przeciwko grypie?	C26
	1. Tak	<input type="checkbox"/> 1 →C27
	2. Nie	<input type="checkbox"/> 2 →C29
	9. Nie wie lub odmowa	<input type="checkbox"/> 9
C27	Jeśli tak, to czy dziecko było szczepione w 2014 lub 2013 r.?	C27
	1. Tak	<input type="checkbox"/> 1 →C28
	2. Nie, było szczepione w roku 2012 lub dawniej	<input type="checkbox"/> 2 →C29
	9. Nie wie lub odmowa	<input type="checkbox"/> 9
C28	Proszę podać, w którym miesiącu dziecko było szczepione, odrębnie dla 2013 i 2014 r.?	
	<i>Jeśli respondent nie pamięta wpisać 99</i>	
	A. W 2014 r. było szczepione w miesiącu	C28A
	B. W 2013 r. było szczepione w miesiącu	C28B
C29	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko doświadczyło opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę?	C29
	1. Tak	<input type="checkbox"/> 1
	2. Nie	<input type="checkbox"/> 2
	3. Nie potrzebowało opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/> 3
	9. Nie wie lub odmowa	<input type="checkbox"/> 9
C30	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko doświadczyło opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu odległości lub problemów z transportem?	C30
	1. Tak	<input type="checkbox"/> 1
	2. Nie	<input type="checkbox"/> 2
	3. Nie potrzebowało opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/> 3
	9. Nie wie lub odmowa	<input type="checkbox"/> 9
C31	Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że nie stać było Pana/Panią, na następujący rodzaj opieki zdrowotnej dla dziecka pomimo potrzeby?	
	A. Opieka medyczna (sprawowana przez lekarza)	C31A
	B. Opieka dentystyczna	C31B
	C. Leki przepisane na receptę	C31C
	D. Opieka nad zdrowiem psychicznym (np. psychologa lub psychiatry)	C31D

DETERMINANTY ZDROWIA

PYTANIA C32–C35 TYLKO DLA DZIECI POWYŻEJ 6 MIESIĄCA ŻYCIA

Następne pytania dotyczą konsumpcji owoców i warzyw w zwykłym tygodniu, **w sezonie jesiennym.**

C32 Jak często dziecko jada owoce, z wyjątkiem soków z koncentratu?

1. 1 raz dziennie lub częściej
2. 4–6 razy w tygodniu
3. 1–3 razy w tygodniu
4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1	→C33
2	
3	
4	→C34
5	
9	

C32

ANKIETER: KARTA C4

C33 Ile porcji owoców jakiegokolwiek rodzaju dziecko jada codziennie?

Podać ile porcji

--	--

99 – Nie wie lub odmowa

C33

C34 Jak często dziecko jada warzywa lub sałatki, z wyjątkiem ziemniaków i soków z koncentratu?

1. 1 raz dziennie lub częściej
2. 4–6 razy w tygodniu
3. 1–3 razy w tygodniu
4. Rzadziej niż 1 raz w tygodniu
5. Nigdy
9. Nie wie lub odmowa

1	→C35
2	
3	
4	→C36
5	
9	

C34

ANKIETER: KARTA C5

C35 Ile porcji warzyw lub sałatek dziecko jada codziennie?

Podać ile porcji

--	--

99 – Nie wie lub odmowa

C35

Poniższe pytanie dotyczy narażenia na dym tytoniowy.

C36 Jak często dziecko jest narażone na dym tytoniowy w domu?

1. Nigdy lub prawie nigdy
2. Mniej niż 1 godzinę dziennie
3. 1 godzinę dziennie lub więcej
9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
9

C36

Kolejne pytania dotyczą aktywności fizycznej dziecka.

PYTANIE C37 TYLKO DLA DZIECI W WIEKU 2 LATA I WIĘCEJ

C37 Ile średnio godzin dziecko spędza przed telewizorem i/lub przy komputerze? Proszę podać liczbę godzin.

Jeśli krócej niż 1 godzinę dziennie – wpisać 0.

Jeśli dziecko nie spędza czasu w ten sposób – wpisać 88.

Liczba godzin

--	--

99 – Nie wie lub odmowa

C37

C38 Czy dziecko uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego w szkole?

- 1. Tak
- 2. Nie, jest zwolnione z zajęć WF
- 9. Nie wie lub odmowa

1
2
9

C38

C39 Czy poza lekcjami WF dziecko jest aktywne fizycznie, tj. uprawia jakiś sport, jeździ na rowerze, pływa, ćwiczy taniec, gimnastykuje się?

Pytanie dotyczy aktywności fizycznej zarówno w formie zajęć zorganizowanych jak i własnej, samodzielnej rekreacji.

- 1. Tak, regularnie
- 2. Tak, dość często
- 3. Tak, ale rzadko
- 4. Nie, wcale
- 9. Nie wie lub odmowa

1
2
3
4
9

→C40

→ CZAS

C39

C40 Jeśli TAK, to ile godzin w zwykłym tygodniu?

Liczba godzin

--	--

99 – Nie wie lub odmowa

C40

Czas trwania wywiadu indywidualnego w minutach

--	--

CZAS

UWAGA. Ważne uwagi o dziecku

Numer ankietera

--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--

Sporządził(a) (imię i nazwisko ankietera) (data)

Sprawdził(a) (imię i nazwisko inspektora) (data)