

Internacinoalna Embrionalna Studija Tumora

Pilot Studija

Upitnik za Dete

1. **Identifikacioni Broj**

			-							-	
Centar				Broj Subjekta							C= za index dete S= blizanac koji nije bolestan

*Identifikacijski broj treba da bude određen po redu u svakom centru
Svaki trio će dobiti jedan ID broj, ali sa različitim slovom na kraju koje pokazuje relaciju:
Dete [C ili S], Majka [M ili A], ili Otac [F or B].*

Drzava/Centar	KodCentra
<u>EUROPE EVROPA</u>	
United Kingdom	10
The Netherlands	11
Italy	12
France	13
Germany	14
Switzerland	15
Czech Republic	16
Slovenija	17
Srbija	18
<u>AMERIKA</u>	
United States	
California	30
Canada	
Ontario	40
Brazil	
São Paulo	50
Rio de Janeiro	51
<u>AZIJA i OKEANIJA</u>	
India	60
Japan	61
Thailand	62
Australia	70

2. **Kontrolni status**

	0= zdrava kontrola
	1= bolnicka kontrola
	2= Wilmsov tumor
	3= neuroblastoma
	4= rhabdomiosarcoma

Generalno uputstvo

- Idealno, Upitnik bi trebao biti popunjen od strane detetove majke (ili od primarnog staratelja ako je drugaciji od majke).
- Deciji zdravstveni karton evidencija primljenih vakcina i/ili druga dokumentacija o lecenju treba da se prilozi na pregled i za referencu.
- Kolone trebaju da se popunjavaju sa desne strane kao u primeru dole pod (valid):
(example: valid | | 1 | 2|;
 not valid | 1 | 2 | |)
- Ostavite prazno ako pitanje nije postavljeno ili odgovor nije moguc.
- Sprecite da nema ili da se pojave nepoznati kodovi. Insistirajte na odgovoru cak iako je on samo procena.
- Ako niste uspeali da dobijete odgovor ili procenu kolona treba da bude popunjena sa brojem 9 (ili 99 ako su dva polja u istoj).
- Identifikacioni broj koji se koristi za sve upitnike takodje treba da stoji na oznakama svakog biologskog uzorka. To treba da bude pokriveno sa providnom trakom kako ne bi bilo obrisano iz bilo kog razloga.

SEKCIJA A: OSNOVNE INFORMACIJE

1. Datum intervjuja
Dan Mesec Godina
2. Vreme pocetka : (24 sata)
3. Anketar _____
4. Datum rođenja deteta (dd / mm / yyyy)
5. Pol deteta: musko zensko
6. Koja je vasa relacija sa [DETETOM]?
- bioloska majka bioloski otac
 ne-bioloska majka ne-bioloski otac
 staratelj
 drugo krvno srodstvo (Specificiraj: _____)
(baba po majci/ocu, deda po majci/ocu, tetka po majci/ocu,
brat/sestra, ostalo)
7. a. Da li ste primarni staratelj deteta?
 Da Ne → b. Ko je primarni staratelj?
Specificirajte: _____

8. a. Da li je [DETE] ikada bilo cuvano od strane dadilje ili islo u dnevni botravak (ili u nekom vrticu ili u necijoj kuci)?

Da Ne

b. Molim Vas recite mi u kojoj godini [DETE] je bilo u dnevnom boravku, vrsta boravka deteta dogovorena, i broj druge dece tamo.

Godina Od (godine) - Do (godine)		Aranzman za dnevni boravak		Broj druge dece tamo prosecno jednog dana
_ _ meseci i _ _ godina	_ _ meseci i _ _ godina	_ Centar Dnevnog Boravka _ Cuvanje [DETETA] u kuci _ Cuvanje u kuci dadilje		_ _ dece
_ _ meseci i _ _ godina	_ _ meseci i _ _ godina	_ Centar Dnevnog Boravka _ Cuvanje [DETETA] u kuci _ Cuvanje u kuci dadilje		_ _ dece
_ _ meseci i _ _ godina	_ _ meseci i _ _ godina	_ Centar Dnevnog Boravka _ Cuvanje [DETETA] u kuci _ Cuvanje u kuci dadilje		_ _ dece
_ _ meseci i _ _ godina	_ _ meseci i _ _ godina	_ Centar Dnevnog Boravka _ Cuvanje [DETETA] u kuci _ Cuvanje u kuci dadilje		_ _ dece

SEKCIJA B: USLOVI NA RODJENJU

Sada bi mi trebale neke informacije o [DETETEOVOJ] najranijoj fazi zivota od kada je rodjeno do 1-vog rodjendana. Ako imate fotoalbum ili tzv bebinu knjizicu, ili svoj dnevnik to moze da pomogne.

1. Koliko je [DETE] bilo tesko na rodjenju?

|_|_| lbs |_|_| oz Ili |_|_|_|_| grama

2. Koji je [DETETOV] period nosenja (vreme od poslednje menstruacije do rodjenja)

nedelja |_|_| dana |_|_|

3. Da li je beba zahtevala neku specijalnu paznju/tretman neposredno posle porodjaja (napr.u sobi) kao sto je ventilacija ili lekovi da pomognu disanje ili kucanje srca? Da Ne

4. a. Koji je bio babin Apgar score u 1. minutu? |_|_| Ne znam

b. Koji je bio babin Apgar score u 5. minutu? |_|_| Ne znam

5. a. Da li je beba imala nekakvih specijalnih problema prvih sati ili dana posle rođenja (na pr. zutica, problem sa disanjem)? Da Ne

b. Ako je Da opisite:

(i) _____ ICD-10 |__|__|__| . |__|

(ii) _____ ICD-10 |__|__|__| . |__|

SEKCIJA C: TRETMAN U NEONATALNOJ INTENZIVNOJ NEZI

1. a. Da li je [DETE] ikada bilo po porođaju u neonatalnoj specijalnoj nezi / intenzivnoj nezi (u periodu od mesec dana po porođaju)? Da Ne → na sledecu sekciju

b. Ako jeste, sta je bio razlog? Opisite

_____ ICD-10 |__|__|__| . |__|

_____ ICD-10 |__|__|__| . |__|

2. Da li je beba dijagnosticirana sa bilo kojom prirodjenom infekcijom (napr. infekcija u nosenju ili tokom rođenja)?

Da Ne Ne znam

b. Ako Da → kojom? (obelezite sve koje znate)

- i. toxoplasmosis (toksoplazmoza)
- ii. congenital rubella (prirodjene boginje)
- iii. cytomegalovirus (citomegalovirus)
- iv. varicella-zoster virus
- v. listeria
- vi. drugo (preciziraj)

3. a. Dok je beba bila na intenzivnoj nezi da li je imala neku infekciju?

Da Ne → idi na sledece pitanje Ne znam

Ako Da, da li je beba imala :

b. Grudnu (disajnu) infekciju Da Ne Ne znam

AKO DA →

(1) i. (preciziraj) _____ ICD-10 |__|__|__| . |__|

ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo? _____ |__|__| nedelja |__|__| dana

ako je bilo vise nego jedan tip infekcije,

- (2) i. (preciziraj) _____
ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo?

ICD-10 |__|_|_|_|_| . |__|_|
|__|_| nedelja|__|_| dana

c. Urinarni trakt infekcija Da Ne Ne znam

AKO DA →

- (1) i. (preciziraj) _____
ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo?

ICD-10 |__|_|_|_|_| . |__|_|
|__|_| nedelja|__|_| dana

ako je bilo vise nego jedan tip infekcije,

- (2) i. (preciziraj) _____
ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo?

ICD-10 |__|_|_|_|_| . |__|_|
|__|_| nedelja|__|_| dana

d. Meningitis Da Ne Ne znam

AKO DA →

- (1) i. (preciziraj) _____
ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo?

ICD-10 |__|_|_|_|_| . |__|_|
|__|_| nedelja|__|_| dana

ako je bilo vise nego jedan tip infekcije,

- (2) i. (preciziraj) _____
ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo?

ICD-10 |__|_|_|_|_| . |__|_|
|__|_| nedelja|__|_| dana

e. Sepsu Da Ne Ne znam

AKO DA →

- (1) i. (preciziraj) _____
ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo?

ICD-10 |__|_|_|_|_| . |__|_|
|__|_| nedelja|__|_| dana

ako je bilo vise nego jedan tip infekcije,

- (2) i. (preciziraj) _____
ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo?

ICD-10 |__|_|_|_|_| . |__|_|
|__|_| nedelja|__|_| dana

f. Necrotizing enterocolitis Da Ne Ne znam

AKO DA →

- (1) i. (preciziraj) _____
ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo?

ICD-10 |__|_|_|_|_| . |__|_|
|__|_| nedelja|__|_| dana

ako je bilo vise nego jedan tip infekcije,

- (2) i. (preciziraj) _____
ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo?

ICD-10 |__|_|_|_|_| . |__|_|
|__|_| nedelja|__|_| dana

g. Druge infection Da Ne Ne znam

AKO DA →

- (1) i. (preciziraj) _____
ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo?

ICD-10 |__|_|_|_|_| . |__|_|
|__|_| nedelja|__|_| dana

ako je bilo više nego jedan tip infekcije,

(2) i. (preciziraj) _____

ICD-10 |__|_|_| . |__|_|

ii. Koliko je bila stara beba kada se to desilo?

|__|_| nedelja |__|_| dana

4. Dok je bila na Intenzivnoj nezi, da li je beba imala neki od ovih terapija?

	D	N		nedelja	dana
a. Terapiju kiseonikom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koliko dugo?	__ _	i __ _
b. Mehanicku Ventilaciju (sa endotracheal tubom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koliko dugo?	__ _	i __ _
c. Fototerapija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koliko dugo?	__ _	i __ _
d. Hranjenje direktno u venu (IV) (bez oralnog hranjenja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koliko dugo?	__ _	i __ _
e. Bilo koje majcino mleko (ukljucujuci hranjenje kroz nos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koliko dugo?	__ _	i __ _
g. Drugo (molim vas specificujte: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koliko dugo?	__ _	i __ _

5. Da li je bio potreban neki od lekova dok je beba bila u neonatalnoj Intenzivnoj nezi? (ako je tretman sa nekim lekom prekinut, molimo Vas da kazete vremenski period i trajanje tretmana)

a. Lek za pomoc kod tecnosti? Da Ne Ne znam

	Da	Ne	Ne znam	Koliko dugo?
				nedelja dana
Furosemide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ _ __ _
Drugo (preciziraj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ _ __ _

b. Lekovi za pomoc kod disanja? Da Ne Ne znam

	Da	Ne	Ne znam	Koliko dugo?
				nedelja dana
Aminophylline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ _ __ _
Caffeine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ _ __ _
Surfactant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ _ __ _
Drugo (preciziraj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ _ __ _

c. Lekovi kod closure of ductus arteriosus? Da Ne Ne znam

	Da	Ne	Ne znam	Koliko dugo?	
				nedelja	dana
Indometacin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
ibuprophen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Drugo (preciziraj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _

d. Lekovi za opustanje misica? Da Ne Ne znam

	Da	Ne	Ne znam	Koliko dugo?	
				nedelja	dana
Pancuronium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Vecuronium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Drugo (preciziraj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _

e. Lekovi za smirenje ili kontrolu bolova? Da Ne Ne znam

	Da	Ne	Ne znam	Koliko dugo?	
				nedelja	dana
Lorazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Morphine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Fentanyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Midazolam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Drugo (preciziraj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _

f. Lekovi za borbu protiv infekcija? Da Ne Ne znam

	Da	Ne	Ne znam	Koliko dugo?	
				nedelja	dana
Gentamicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Ampicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Cephalosporines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _

Drugo (preciziraj) | | | | | |

g. Lekovi za kardiovaskularne probleme? Da Ne Ne znam

	Da	Ne	Ne znam	Koliko dugo	
				nedelja	dana
Digoxin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dopamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dobutamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Drugo (preciziraj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

h. Lekovi za sprečavanje nesvestica? Da Ne Ne znam

	Da	Ne	Ne znam	Koliko dugo	
				nedelja	dana
Diazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lorazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Phenobarbital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Drugo (preciziraj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

i. Druge vrste lekova Da Ne Ne znam

	Da	Ne	Ne znam	Koliko dugo	
				nedelja	dana
Dexamethasone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Drugi steroidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erithropoietin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Palivizumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Drugo (preciziraj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. a. Dok je beba bila na intenzivnoj nezi da li joj je bila potrebna krvi ili bilo kakav oblik transfuzije?

Da Ne Ne znam

b. Ako Da, koja vrsta transfuzije? (Cekirajte sve sto je obavljeno)

	Tip date transfuzije	No. transfuzija?	Koliko je stara bila beba?
<input type="checkbox"/>	cela krv ili paketi crvenih celija	<input type="text"/>	<input type="text"/> nedelja i <input type="text"/> dana
<input type="checkbox"/>	platelets	<input type="text"/>	<input type="text"/> nedelja i <input type="text"/> dana
<input type="checkbox"/>	granulocyte	<input type="text"/>	<input type="text"/> nedelja i <input type="text"/> dana
<input type="checkbox"/>	plazma	<input type="text"/>	<input type="text"/> nedelja i <input type="text"/> dana
<input type="checkbox"/>	Exanguinotransfusion (i.e. total blood exchange transfusion)	<input type="text"/>	<input type="text"/> nedelja i <input type="text"/> dana
<input type="checkbox"/>	Nisam siguran koji tip transfuzije	<input type="text"/>	<input type="text"/> nedelja i <input type="text"/> dana

7. a. Dok je beba bila na intenzivnoj nezi da li joj je bila potrebna operacija (uključujući laser za retinopathy of prematurity)?

Da Ne Ne znam

b. Ako Da, zasto je to bilo potrebno, opisite proceduru i razloge za operaciju:

_____ ICD-10 ..

_____ ICD-10 ..

8. Koliko je bila stara beba kada je prestala da bude na Intenzivnoj nezi?

nedelja dana

9. a. Da li je beba bila skinuta sa bilo kog tretmana lekova da bi isti nastavila kuci (isključite gvozdje i vitaminske dodatke) Da Ne Ne znam

b. Ako jeste, navedite imena lekova:

1) _____

2) _____

3) _____

10. a. Da li je beba imala bilo kakav dugorocan problem koji je trebalo pratiti posle transfera i izlaska iz Intenzivne nege? Da Ne Ne znam

b. Ako da: molim vas dajte nam detalje

_____ ICD-10 ..

_____ ICD-10 ..

SEKCIJA D: OPSTA MEDICINSKA ISTORIJA RODJENJE DO 12 MESECA (ISKLJUCUJUCI VREME NA INTENZIVNOJ NEZI AKO JE MOGUCE)

1. Sada zelimo da saznamo o mogucim defektima na rodjenju, genetskim ili naslednim bolestima / uslovima u dopuni onoga sto ste do sada vec rekli. Ova lista pokazuje vrste uslova za koje smo zainteresovani. *Ispitivac: molimo vas dajte listu bolesti (Dodatak 2)*

<u>Opis stanja</u>	<u>ICD-10</u>	<u>Starost pri dijagnozi</u>
i. _____	_ _ _ . _	_ _ meseci
ii. _____	_ _ _ . _	_ _ meseci
iii. _____	_ _ _ . _	_ _ meseci
iv. _____	_ _ _ . _	_ _ meseci

2. a. Da li je [DETE] ikada imalo test pregledavanja njegovih/njenih hromozoma ili gena/DNK?
 Da Ne Ne zelim da odgovorim

b. Ako DA je li nadjeno nesto neobicno? Da Ne Ako Da opisite:

i. Hromozomska anormalija _____

_____ ICD-10 |_|_|_| . |_|

ii. Mutacija DNA sekvenca _____

_____ ICD-10 |_|_|_| . |_|

3. Da li je [DETE] dijagnosticirano sa odredjenim stanjem ili sindromom kao rezultat tih testova?

Da Ako Da, koje je tacno ime stanja/sindroma ?

_____ ICD-10 |_|_|_| . |_|

Ne Ne zelim da odgovorim

4. Da li je [DETE] ikada bilo dijagnosticirano sa **rakom**, malignim ili benignim [drugim od trenutne diagnoze Tumora]? a. Da Ne

Ako Da recite tip:

_____ ICD-10 |_|_|_| . |_|

b. Kada se to desilo? |_|_| |_|_| |_|_|
d d m m y y

ili u Starosti |_||_| godina i |_||_| meseci

c. Kakav je bio tretman? (Opisite) _____

5. Sada bi vam pokazao listu bolesti. Zanima nas da li je [DETE] imalo neku od pomenutih infekcija ili bolesti pre od njegovog/njenog prvog rođendana (različitih od onih pomenutih u periodu neonatalne Intenzivne nege) [Ispitivac: dajte listu bolesti (Dodatak 1).] Molim vas recite mi koje bolesti je [DETE] imalo....

[Ispitivac: unesi broj iz Dodatka 1. Ako je pomenuta bolest više generalna kategorija kao na pr. 'infekcija uвета' (predmet 1 do 3, i 12), pitaj i upisi ime patogena ili bolesti ispod.]

(i) |__|__| (Broj iz Dodatka 1)

a. Uvek imao ovu bolest?	<input type="checkbox"/> Da \longrightarrow Ako da kada se ovo desilo? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> <2 mes <input type="checkbox"/> 2-6 mes <input type="checkbox"/> 7-11 mes <input type="checkbox"/> Nisam siguran <input type="checkbox"/> Ne secam se
b. Koje je ime bolesti patogena? (ako nije imenovana iznad)	(specifikuj) _____ <input type="checkbox"/> Ne znam
c. Broj puta kada je dete bilo bolesno	__ __
d. Da li je dete islo kod doktora za to?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne secam se
e. Prepisani lekovi?	<input type="checkbox"/> Da \longrightarrow Ako da, koje je bilo ime leka? Molim vas specifikujte <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne secam se i. _____ ii. _____ iii. _____ <input type="checkbox"/> Ne secam se imena leka

(ii) |__|__| (Broj iz Dodatka 1)

a. Uvek imao ovu bolest?	<input type="checkbox"/> Da \longrightarrow Ako da kada se ovo desilo? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> <2 mes <input type="checkbox"/> 2-6 mes <input type="checkbox"/> 7-11 mes <input type="checkbox"/> Nisam siguran <input type="checkbox"/> Ne secam se
b. Koje je ime bolesti patogena? (ako nije imenovana iznad)	(specifikuj) _____ <input type="checkbox"/> Ne znam
c. Broj puta kada je dete bilo bolesno	__ __
d. Da li je dete islo kod doktora za to?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne secam se
e. Prepisani lekovi?	<input type="checkbox"/> Da \longrightarrow Ako da, koje je bilo ime leka? Molim vas specifikujte <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne secam se i. _____ ii. _____ iii. _____ <input type="checkbox"/> Ne secam se imena leka

(iii) |__| |__| (number from Appendix 1)

a. Uvek imao ovu bolest?	<input type="checkbox"/> Da \longrightarrow <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne secam se	Ako da kada se ovo desilo? <input type="checkbox"/> <2 mes <input type="checkbox"/> 2-6 mes <input type="checkbox"/> 7-11 mes <input type="checkbox"/> Nisam siguran
b. Koje je ime bolesti patogena? (ako nije imenovana iznad)	(specifikuj) _____	<input type="checkbox"/> Ne znam
c. Broj puta kada je dete bilo bolesno	__ __	
d. Da li je dete islo kod doktora za to?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne secam se	
e. Prepisani lekovi?	<input type="checkbox"/> Da \longrightarrow <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne secam se	Ako da, koje je bilo ime leka? Molim vas specifikujte i. _____ ii. _____ iii. _____ <input type="checkbox"/> Ne secam se imena leka

(iv) |__| |__| (number from Appendix 1)

a. Uvek imao ovu bolest?	<input type="checkbox"/> Da \longrightarrow <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne secam se	Ako da kada se ovo desilo? <input type="checkbox"/> <2 mes <input type="checkbox"/> 2-6 mes <input type="checkbox"/> 7-11 mes <input type="checkbox"/> Nisam siguran
b. Koje je ime bolesti patogena?	(specify) _____	<input type="checkbox"/> Ne znam
c. Broj puta kada je dete bilo bolesno	__ __	
d. Da li je dete islo kod doktora za to?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ne secam se	
e. Prepisani lekovi?	<input type="checkbox"/> Yes \longrightarrow <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ne secam se	Ako da, koje je bilo ime leka? Molim vas specifikujte i. _____ ii. _____ iii. _____ <input type="checkbox"/> Ne secam se imena leka

6. Molim vas mozete li mi reci o nekoj drugoj bolesti zbog koje je [DETE] islo da vidi pedijatra bilo na pregledu i/ili zadržano na lecenju u bolnici pre njegovog/njenog prvog rođendana

A1. Opis bolesti broj 1 _____

ICD-10 _____

Godina dijagnoze _____

_____ |__| |__| |__| . |__| |__| |__| meseci

A2. Kako je ovo leceno? _____
_____ | | | | |

B1 Opis bolesti broj 2 _____ ICD-10 _____ Godina dijagnoze _____
_____ | | | | | . | | | | | meseci

B2. Kako je ovo leceno? _____
_____ | | | | |

7. a. Da li je beba ikada imala X-zracenje (rentgen) pre njegovog/njenog 1^{vog} rodenjdana? (ukljucujuci CT i MRI skaniranje)

Da Ne Ne znam

b. AKO DA → Koji delovi tela bebe su bili zraceni X-zracima (rentgen) / skenerima?

_____ | | | | | Broj zracenja | | | | |
_____ | | | | | Broj zracenja | | | | |
_____ | | | | | Broj zracenja | | | | |

8. a. Da li je za bebu bilo zahtevano bilo kakvo ultrazvucno skeniranje u ranoj fazi?

Da Ne Ne znam

b. . AKO DA → Koji delovi tela bebe su bili skenirani ?

_____ | | | | | Broj zracenja | | | | |
_____ | | | | | Broj zracenja | | | | |
_____ | | | | | Broj zracenja | | | | |

9. Da li je [DETE] imalo bilo kakvu hirursku operaciju pre 1^{vog} rodenjdana?

a. Da Ne Ako Da: recite nam tip i razlog operacije:

_____ | | | | | procedura
_____ ICD-10 | | | | | . | | | | |

b. Kada je to bilo?

| | | | | | | | | | | | | | |
d d m m g g

ili Starost |__||__| godina i |__||__| meseci

SEKCIJA E. PITANJA O ASTMI, OTOCIMA I ALERGIJAMA

[Za ispitivaca: Ustanovi Referentni datum [Ref Dat] ovde]

(dd / mm / gggg)

Za slucajeva: 6 meseci pre dijagnoze ___ / ___ / _____

Za kontrole: 8 meseci pre datuma intervjuja ___ / ___ / _____

SEKCIJA E1 : Kasljevi

Sada imam par pitanja o kaslju. Pod "kasljanjem" podrazumevamo disanje koje pravi visoke zvuke ili zvuk nalik struganju iz pluca i grudi, ne iz grla.

a Da li je vase dete ikada imalo kasljanje ili slican svuk iz grudi bilo kada u proslosti?

Da Ne Ne znam

→ Ako DA, koliko je bilo staro dete kada je pocelo sa kasljanjem?

Starost |__||__| godina i |__||__| meseci

b Da li je ikada dete bilo dijagnosticirano sa astmom?

Da Ne Ne znam

→ Ako DA, koliko je bilo staro dete kada je dijagnosticirano sa astmom?

Starost |__||__| godina i |__||__| meseci

→ ako je odgovoreno "ne" na sva tri pitanja gore predjite na sekciju E2.

c Pre [Ref Dat], da li je vase dete imalo kasljanje ili neke cudne zvuke iz grudi?

Da Ne Ne znam

→ ako je odgovoreno "ne" predjite na sekciju E2.

Sada cu vam postaviti pitanja i zdravlju [DETETA] pre [Ref Dat]

d Da li je dete imalo kasljanje ili struganje iz grudi za vreme ili odmah posle prehlade ili gripa?

Da Ne Ne znam

- e Da li je dete imalo kasljanje ili struganje iz grudi cak i bez imanja prehlade ili gripa?
 Da Ne Ne znam
- f U prosecnom 12-meseenom periodu pre [Ref Dat], koliko puno napada kasljanja je imalo vase dete?
 Nula 1 do 3 4 do 12 vise od 12
- g Da li su ti napadi uzrokovali da ima nedostatak vazduha?
 Da, uvek Da povremeno Ne, nikad
- h Pre [Ref Datum], koliko cesto, prosečno, je vasem detetu san bio otezan (cesce se budilo) zbog kasljanja?
 Nikad probudjen sa kasljanjem
 Manje od jedne noci nedeljno
 Jedna ili vise noc u toku nedelje
- i Da li su dole navedene aktivnosti uzrokovale kasalj kod vaseg deteta?
Vezbanje (igranje ili trcanje) Da Ne Ne znam
Smejanje, plakanje ili uzbdjenost Da Ne Ne znam
Kontakt sa kucnim ljubimcima i zivotinjama Da Ne Ne znam
Polen (trava, seno, drvece, cvece) Da Ne Ne znam
Hrana ili pice Da Ne Ne znam
- j Da li je vase dete imalo suvi kasalj nocu, nezavisno od kaslja uzrokovano prehladom ili infekcijama grudi?
 Da Ne Ne znam
- k Da li vase dete koristilo nebuliser, sprej ili suvi puder, inhaler za astmu, kasljanje ili hronican kasalj?
 Da Ne Ne znam

SEKCIJA E2 : Rhinitis

- a Da li vase dete ikada imalo problem sa kijavicama, ili curenjem i zapusenim nosom kada ono NIJE IMALO prehladu ili grip?
 Da Ne Ne znam

→ Ako DA, koliko je bilo staro dete kada je prvi put pocelo daima problem sa kijanjem ili zaopusenim nosom?

Staro |__||__| godina i |__||__| meseci

- b Da li vam je ikada doktor rekao da dete ima visoku temperaturu?
 Da Ne Ne znam

Januar 1, 2008

→ Ako DA, koliko je staro bilo dete kada je dijagnosticirano sa hay fever?
Staro |__||__| godina |__||__| meseci

→ Ako je odgovor "ne" na sva tri pitanja predjite na sekciju E3.

Sada cu vam postaviti pitanja o zdravlju [DETETA] pre [Ref Dat]

c Da li vase dete ikada imalo problem sa kijavicama, ili curenjem i zapusenim nosom kada NIJE imalo prehladu ili grip?

Da Ne Ne znam

→ Ako je odgovor "Ne" predjite na sekciju E3.

→ Ako DA, da li je problem sa nosom povezan sa svrabom i suzenjem u ocima?

Da Ne Ne znam

d U kojim mesecima se problem sa nosom desavao (OZNACI SVE)?

- Januar
- Februar
- Mart
- April
- Maj
- Juni
- Juli
- Avgust
- Septembar
- Octobar
- Novembar
- Decembar

e Koliko je problem sa zapusenim nosom uticao na dnevne aktivnosti deteta?

Nimalo Malo Umereno Puno

SEKCIJA E3 : Otoci

a. Da li je vase dete ikada imalo otok?

Da Ne Ne znam

b. Da li je vase dete imalo svrab i crvenilo koje dolazi i odlazi u toku od najmanje 6 meseci?

Da Ne Ne znam

→ Ako je odgovor "ne" na oba pitanja predjite na sekciju 3e

c. Da li je ovo crvenilo i svrab bilo kada imalo uticaj na neko od sledecih mesta: prevoj kod laktova, iza kolena, ispred noznih zglobova, ispod butina, svuda okolo vrata usiju ili ociju?

Da Ne Ne znam

d. Koliko je bilo staro vase dete kada se crvenilo i svrab prvi put pojavilo?

Starost |__||__| godina i |__||__| meseci

e. Da li vam je doktor ikada saopstio da vase dete ima dijagnozu za otok i atipicni dermatitis?

Da Ne Ne znam

→ Ako DA, koliko je bilo staro vase dete kada je dijagnosticirano sa otokom ili atipicnim dermatitisom?

Starost |__||__| godina i |__||__| meseci

→ Ako je odgovor "ne" na sva tri pitanja gore predjite na sekciju F.

f. Pre [Ref datuma], da li je vase dete imalo ovo crvenilo i svrab bilo kada?

Da Ne Ne znam

→ Ako je odgovor "ne" molim vas predjite na sekciju F.

Sada cu vam postaviti pitanja i zdravlju [DETETA] pre [Ref Dat]

g. Da li je crvenilo nestalo (izleveno) bilo kada pre [Ref Datuma]?

Da Ne Ne znam

h. U periodu od 12 meseci pre [Ref Datuma], koliko cesto se prosečno, vase dete budilo ili nije moglo da spava zbog crvenila i svraba?

- Nikada tokom tih 12 meseci
 Manje nego jednu noc nedeljno
 Jedna ili vise noci nedeljno

SEKCIJA F: VAZNI MOMENTI KOD RAZVOJA I VAKCINACIJA (bilo kada posle rođenja)

Vazni događaji u razvoju:

1. Koliko je staro bilo [DETE] kada je on/ona prvi put:

Sela(o) (bez pomoci) |__|__| meseci

Puzalo |__|__| meseci

Prohodalo (bez pomoci) |__|__| meseci

Reklo prvu rec |__|__| meseci

2. Da li je dete ikada pregledano zbog kasnjenja u razvoju ovih događaja? (Oznaci sve koji su se desili)

Sedenje Puzanje Hodanje Govor

Ako Da: je li dete dijagnosticirano da ima zaostatak u razvoju? Da Ne

Ako Da: molim vas da opisete _____

_____ ICD-10 |__|__|__| . |__|

Vaccinations

3. Da li je [DETE] primilo sledece vaccine? <molim vas pregledajte karton vakcinacije ako ga imate> *Za ispitivaca: Obelezite dole ako je informacija data na* *Osnovi secanja* *ili* *Preuzeta iz kartona vakcinacije ili nekog drugog dokumenta.*

	Starost				Nepoznata tačna starost ali [dete] je imalo ovoliko vakcina/doza:
	1 ^{vi} put/doza Meseci	2 ^{gi} put/doza meseci	3 ^{ci} put/doza meseci	4ti put/doza meseci	
a. Difterija, tetanus, pertussis (triple) <i>(ako je vakcinisano odvojeno) Difterija</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(ako je vakcinisano odvojeno) Tetanus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(ako je vakcinisano odvojeno) Pertussis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. DTaP/IPV/Hib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Measles, mumps and rubella (MMR) <i>(ako je vakcinisano odvojeno) Measles</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(ako je vakcinisano odvojeno) Mumps</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(ako je vakcinisano odvojeno) Rubella</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Meningitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Male Boginje (Varicella)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pneumococcal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Meningococcal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. BCG (protiv tuberkuloze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Rotavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. influenza (zavisno od drzave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Others (zavisno od drzave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEKCIJA G: DECJA ISHRANA (DOJENJE I PRAVA HRANA)

Sledeci set pitanja su o pravilima ishrane vasesg deteta i upotrebi vitamina. Mi smo samo zainteresovani za period od **prve dve godine** njegovog/njenog zivota.

1. Da li je [DETE] uopste dojeno? Da
 Ne → predji na pitanje 4
 Ne znam/Odbijam
-

2. Ako Da: vise od 3 dana Da
 Ne → predji na pitanje 4
 Ne znam/Odbijam
-

3. Koliko dugo (do koje DETETOVE godine starosti) ste davali DETETU SAMO majcino mleko? || nedelja
ILI
|| meseci
-

Sada imam nekoliko pitanja o tome kada ste poceli da dajete [DETETU] druga pica (razlicita od majcinog mleka) i cvrstu hranu.

4. a. Za vreme kog perioda (do koje [DETETOVO] starosti) ste davali njemu/njoj PRVENSTVENO majcino mleko (>50%) zajedno sa drugom hranom? Sve do
|| nedelje
ILI
|| meseci

- b. Za to vreme, koja su ostala pica/hranu bila davana njemu/njoj? (OZNACI SVE)
- Formula
 Kravlje mleko
 Soja mleko
 Babin griz i zrnevlje
 Druga cvrsta hrana (specifikuj)
-
- Drugu hranu ili pica (specifikuj)
-

5. a. Za vreme kog perioda (do koje [DETETOVE] starosti) ste davali njemu/njoj oko POLA (50%) majcinog mleka i POLA (50%) ostale hrane? Sve do
|| weeks
ILI
|| meseci

b. Za to vreme koja su ostala pica/hrana bila davana njemu/njoj? (OZNACI SVE)

- Formula
 - Kravlje mleko
 - Soja mleko
 - Babin griz i zrnevlje
 - Druga cvrsta hrana (specifikuj)
-

Druga hrana i pice (specifikuj)

6. a. Posle toga, za vreme kog perioda (do koje [DETETOVE] starosti) ste davali njemu/njoj UGLAVNOM uglavnom drugu hranu ali nesto (<50%) majcinog mleka?

Sve do
|_|_| nedelja
ILI
|_|_| meseci

b. Za to vreme, koja su ostala pica/hrana bila davana njemu/njoj? (OZNACI SVE)

- Formula
 - Kravlje mleko
 - Soja mleko
 - Babin griz i zrnevlje
 - Druga cvrsta hrana (specifikuj)
-

Druga hrana i pice (specifikuj)

7. Kad ste prestali da dojite vase DETE u potpunosti?

|_|_| nedelja

ILI

|_|_| meseci

- Jos uvek ga dojimo
- Ne znam/Odbijam

8. Zasto ste prestali sa dojenjem [DETETA] (OZNACI SVE STO JE BIO RAZLOG)

- Normalan prekid dojenja
- Nedostatak mleka
- Bolovi kod dojenja
- Infekcija grudi ili mastitis
- Dete je bilo cuvano od nekoga drugoga a ne majke
- Dete je bilo bolesno i nije moglo da se doji
- Drugi medicinski razlog (specifikuj)

ICD-10 |_|_|_|. |_|_|

Drugi ne-medicinski problem (specifikuj)

Dodatak 1. Lista Infektivnih Bolesti u prvoj godini starosti (za Sekciju D)

1. Infekcija uveta
2. Infekcija ociju (conjunctivitis)
3. Infekcija ustiju (zapaljenje usta, herpes)
4. Infekcija Urinarnog trakta
5. Upala pluca
6. Influenca (koju je doktor dijagnosticirao)
7. Bronhitis/Infekcije disajnih puteva
8. Meningitis/encephalitis
9. Sepsa
10. Pertussis
11. Male boginje
12. Epstein-Barr Virus
13. Rotavirus
14. Hepatitis
15. Impetigo
16. Drugo (specifikuj _____)

Dodatak 2. Defekti na rodjenju i porodicna obolenja

Defekti i Anomalije na Rodjenju

Bilo koji uslovi koji su bili prisutni na rodjenju, iako su mozda uoceni tek kasnije, gde deo tela bebe ili nije potpuno ili je nije pravilno formiran, ili je neobicna u poredjenju sa vecinom ljudi ukljucuje:

- Rasecena gonja usna (nepce)
- Hole in the roof of the mouth (cleft palate)
- Sum na srcu i srcane mane (npr. rupa u srcu/problemi sa srcanim zaliscima)
- Spina bifida
- Anencephaly (mali ili izostatak mozga)
- Drugi problemi sa mozgom
- Neobicna oblik glave (npr. visoko celo, veoma siroka glava, deo lobanje odstupa),
- Velikie i/ili and/or izbrazdan jezik
- Problemi sa ocima (npr. odsustvo sarenice (irisa) ili nedostatak dela sarenice)
- Neobicne usi (npr. nisko postavljene, nabori u usnom reznju)
- Neobicne odlike grudi (npr. vise od dve bradavice, funnel chest)
- Stomacna duplja nije pravilno zatvorena (hernia of umbilicus, omphalocele)
- Jedan ili vise delova tela su veci na jednoj nego na drugoj strani (ruke, noge, lice)
- Visak prstiju na rukama ili nogama
- Spojeni prstim na rukama ili nogama
- Nesto drugo neobicno sa rukama, nogama i stopalima
- Telesni organi nepravilno formirani ili neobicnog oblika/velicine ili izostaju (npr. diaphragmatic hernia, oesophagus atresia, narocito veliki bubrezi, jetra, gusteraca itd, samo jedan bubreg, bubreg u obliku potkovice, organi sa cistama)
- Testisi koji se nisu spustili
- Delovi koze neobicne boje on the skin ili ostali belezi ukljucujuci velike mladeze

Tumori, Rakovi, Ciste, Leukemija.

- Rakovi ili karcinome određenog dela tela kao što su pluća, crevo (tanko ili debelo), grudi, prostate, bešika, grlica materice, materica, jajnika, pankreasa, stomaka, bubrega
- Rakovi kostiju, cartilage, mišića, masnoća, fibrous tissue (sarcoma)
- Hodgkin's disease
- Lymphoma
- Leukemija, i druge vrste raka koji se odnose na krvotok
- Rak mozga ili tumori na mozgu
- Drugi tumori ili ciste, bilo koje druge izrasline (molim vas recite koji deo tela je bio pogođen); to uključuje fibromas, lipomas, bony lumps, ovarian or breast cysts.

Bolesti i ostala stanja koja mogu biti nasledna.

TOve bolesti i stanja nisu cesta. Medicinski nazivi su nabrojani ispod. Vi ceete verovatnoznati za njih samo ako je lekar postavio dijagnozu jednom ili vise clanovima vase porodice.

- Ataxia telangiectasia
- Beckwith Wiedemann Syndrome
- Fanconi's anaemia
- Familial polyposis coli (FAP)
- Hereditary non-polyposis colon cancer (HNPCC)
- Hereditary breast and ovarian cancer (HBOC)
- Retinoblastoma
- Neurofibromatosis type 1 (NF1, Von Recklinghausen's disease)
- Neurofibromatosis type 2 (NF2, central neurofibromatosis)
- Simpson Golabi Behmel Syndrome
- Perlman Syndrome
- Wilms Aniridia Syndrome (WAGR)
- Von Hippel Lindau Syndrome (VHL)
- Li-Fraumeni Syndrome
- Naevoid basal cell carcinoma syndrome (Gorlin Syndrome)
- Bilo koja druga bolest ili stanje koje je nasledno u vasoj porodici.