

## Анкета для підлітків

Шановний учне!  
Шановна ученице!

Незабаром ти проходитемеш обов'язковий шкільний медичний огляд у шкільного лікаря.

До сих пір про твоє здоров'я піклувалися твої батьки. Надалі ти будеш брати на себе відповідальність за власне здоров'я.

Твоє здоров'я – це твоя особиста справа. Разом з тим, під час проходження шкільного медичного огляду ми надаємо тобі можливість конфіденційно обговорити важливі питання, що стосуються твого здоров'я, самопочуття та розвитку.

Цю анкету слід розглядати як добровільну підготовку до бесіди зі шкільним лікарем. Заповни її виважено, не поспішаючи. Ти не зобов'язаний(-а) відповідати на питання, які тебе не влаштовують. Важливо знати: **Анкета залишається у тебе і вся заповнена в ній інформація підлягає захисту лікарської таємниці.**



Під час медичного огляду просимо мати при собі наступне:

- Повністю заповнену **анкету** в конверті
- Наявні **окуляри**
- **Карту профілактичних щеплень**
- **Письмову згоду** твоїх батьків на бланку «рекомендовані щеплення» та картку медичного страхування, якщо під час медичного огляду проводитимуться необхідні добровільні щеплення.

**Позначте підходящі відповіді (можна позначити декілька відповідей!!!)**

здоровий(-а),  
підтягнутий(-а)?

задоволений(-а)?

Як самопочуття?

- Я відчуваюся цілком здоровим(-ою)
- Наразі я відчуваюся дещо «затурканим(-ою)»

Чи наявні у тебе якісь захворювання або інвалідність? \_\_\_\_\_

- У мене часто бувають болі або інші неприємні відчуття
- Чи приймаєш ти якісь ліки регулярно?

У мене інша проблема \_\_\_\_\_

Ти задоволений(-а) своїм тілом?

- Я задоволений(-а) своїм тілом
- Я переживаю за свою зовнішність
- Мене турбують зміни в моєму організмі (тілі)

Як ти почуваєшся психологічно?

- Я задоволений(-а) своїм психологічним станом
- Я часто буваю «непривітним(-ою)» і незадоволеним(-ою)
- Я часто сумую і маю подавлений настрій
- Я часто почуваюся спустошеним і безнадійним
- Мене часто супроводжує відчуття тривожності (страху)
- Я часто «нервую», не можу заспокоїтися
- Мені важко справлятися зі стресом, і це пригнічує мене

Як ти ладнаєш з однолітками?

- Я добре знаходжу спільну мову з іншими людьми
- Мені важко заводити друзів

Чи можеш ти поговорити з кимось, коли у тебе є проблеми?

- У мене є з ким поговорити про все
- Ніхто не розуміє моїх проблем

Як у тебе справи вдома?

- Із задоволенням повертаюся додому після занять
- Вдома я почуваюся в безпеці
- Вдома часто сваряться
- Вдома мені іноді страшно
- Іноді я хвилююся за когось із членів сім'ї

Як у тебе справи в школі?

- Мені подобається ходити до школи
- У школі я відчуваю сильний тиск
- Є вчителі, яким я довіряю
- У моїй школі є булінг
- У школі я почуваюся в безпеці

Як тобі спиться вночі?

- Я добре засинаю
- Я добре сплю
- Я постійно втомлений(-а)

Скільки годин ти спиш уночі в середньому? \_\_\_\_\_ годин(-и)

**у формі,  
активний(-а)?**

**дозвілля?**

Наскільки добре ти себе почуваєш?

- Добре або дуже добре
- Більш-менш добре
- Погано

Чи займаєшся ти спортом у вільний час?

У тебе є хобі?

Яке саме? \_\_\_\_\_

Чи доводилося тобі коли-небудь зазнавати погроз або сексуальних домагань у вільний від навчання час?

Чи є у тебе якісь обов'язки вдома?

Які саме? \_\_\_\_\_

Тобі часто буває нудно?

Так, часто	Інколи	Рідко, ні
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Скільки годин на день ти дивишся телевізор, користуєшся новими гаджетами (комп'ютером, мобільним телефоном/смартфоном, ігровими приставками тощо)? \_\_\_\_\_ годин(-и) на день

- Чи важко тобі розлучитися з гаджетами (інтернетом)?
- Чи доводилося тобі стикатися з погрозами в інтернеті?

Чи є у тебе проблеми з харчуванням?

- Ні
- Я забагато їм
- Я занадто мало їм
- Я їм занадто багато нездорової їжі та недостатньо здорової
- Я незадоволений(-а) своєю фігурою

Чи хотів(-ла) би ти змінити свої харчові звички?

- Так
  - Ні
  - Я був(-ла) би вдячний(-а) за допомогу
- Ми регулярно їмо разом за сімейним столом

статеве  
дозрівання,  
кохання?

контрацепція,  
захист?

секс?

- |  | Так                      | Ні                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Чи можеш ти серйозно поговорити з кимось про кохання і секс?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи достатньо ти обізнаний(-а) на цю тему?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Якщо так, хто розповів про це? <input type="checkbox"/> У школі <input type="checkbox"/> Батьки <input type="checkbox"/> Інші люди |                          |                          |
| Чи вважаєш ти себе достатньо обізнаним(-ною) про секс?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи легко тобі сформулювати свої потреби?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Чи легко тобі відстоювати свої потреби?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| У тебе є питання щодо  |                          |                          |
| - статевого дозрівання або свого фізичного розвитку?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - своєї сексуальної орієнтації (сексуального життя)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - контрацепції?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - захисту від інфекцій, що передаються статевим шляхом (наприклад, ВІЛ/СНІД, гепатит, ВПЛ, хламідіоз тощо)?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - мастурбації?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Хочеш дізнатися більше про презервативи, засоби контрацепції?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Для дівчаток

- У тебе є питання щодо
- змін в організмі (тілі)?  Так  Ні
  - місячних/менструації?  Так  Ні
- Чи були у тебе перші місячні?  Так  Ні

#### Для хлопчиків

- У тебе є питання щодо
- змін в організмі / тілі (наприклад, збільшення грудей у хлопчиків)?  Так  Ні
  - статевих органів (статевого члена, яєчок)?  Так  Ні

паління сигарет/  
травки?

алкоголь?

Чи палиш ти на даний момент?

- Щодня
- Щонайменше раз на тиждень, але не щодня
- Рідше одного разу на тиждень
- Не палю

Чи замислювався(-лася) ти над тим, щоб кинути палити?

- Так
- Ні
- Я був(-ла) би вдячний(-а) за допомогу

Чи вживаєш ти алкоголь?

- Не вживаю алкоголь
- Вживаю алкоголь зрідка
- Вживаю алкоголь щонайменше раз на тиждень
- Я неодноразово напивався(-лася) «до чортиків»

Чи вживаєш ти наркотики?

- Ні
- Так, я вживав(-ла) канабіс/гашиш більше п'яти разів за останній рік
- Так, я вживав(-ла) інші наркотики

Які саме?

---

Чи були у тебе раніше якісь проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю або наркотиків?

- Так
- Ні

Як ти добираєшся до школи? \_\_\_\_\_

Чи одягаєш ти шолом під час їзди на велосипеді?

- Так, завжди
- Ні, він мені заважає

Чи відомо тобі, що під час їзди на велосипеді або мотоциклі діють ті ж самі обмеження щодо вживання алкоголю та наркотиків, що й під час керування автомобілем?

- Так
- Ні

Чи визначився(-лася) ти зі своєю подальшою професією?

- Так, я хотів(-ла) би навчатися на \_\_\_\_\_
- Не знаю
- Ні

### Питання?

Чи є у тебе запитання щодо наступних тем?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Вага                    | <input type="checkbox"/> Серце                        | <input type="checkbox"/> Наркотики               |
| <input type="checkbox"/> Артеріальний тиск       | <input type="checkbox"/> Шлунок/кишківник             | <input type="checkbox"/> Самогубство             |
| <input type="checkbox"/> Головний біль           | <input type="checkbox"/> Продукти/харчування (дієта)  | <input type="checkbox"/> Зґвалтування/насильство |
| <input type="checkbox"/> Запаморочення           | <input type="checkbox"/> Запор/діарея                 | <input type="checkbox"/> Смерть                  |
| <input type="checkbox"/> Непритомність           | <input type="checkbox"/> Шкірні висипання             | <input type="checkbox"/> Рак                     |
| <input type="checkbox"/> Очі/зір                 | <input type="checkbox"/> Зневоднення (сечовипускання) | <input type="checkbox"/> Інше                    |
| <input type="checkbox"/> Вуха/слух               | <input type="checkbox"/> Нетримання сечі              | _____  |
| <input type="checkbox"/> Ніс/нюх/нежить          | <input type="checkbox"/> Проблеми зі сном             | _____  |
| <input type="checkbox"/> Спина/шия               | <input type="checkbox"/> Втома                        | _____  |
| <input type="checkbox"/> Руки/ноги/суглоби/м'язи | <input type="checkbox"/> Смуток                       | _____  |
| <input type="checkbox"/> Груди                   | <input type="checkbox"/> Насильство                   | _____  |

Чи є у тебе ще якісь питання, які ти хотів(-ла) би обговорити під час шкільного медичного огляду?

---

---

---

---

Щиро дякую за участь!

Твій шкільний лікар