

Уважаемый родитель или законный представитель!

Быть родителем не легко. Одна из наших самых важных задач в детском лечебном центре (BVC) — помочь семьям обеспечить детям безопасность дома. Поэтому мы предлагаем всем семьям, которые посещают наш центр, ответить на следующие вопросы. Эти вопросы касаются ситуаций, которые могут возникнуть во многих семьях. Вопросы относятся к Вам и к ребенку, посещающего сегодня наш медицинский центр. Заполнение анкеты является добровольным. Вы можете ответить на все или некоторые вопросы. Вы также можете не отвечать ни на один из этих вопросов.

Пол ребенка: _____ Возраст ребенка год(а) или лет месяц(-а, -ев): _____ Пол родителя: _____

- 1 Да Нет Знаете ли Вы, на какой номер позвонить, если ваш ребенок проглотил что-то ядовитое?
- 2 Да Нет Установлена ли дымовая пожарная сигнализация в вашем доме?
- 3 Да Нет Курит ли кто-либо из совместно проживающих с вами лиц?
- 4 Да Нет В течение прошлого года вы беспокоились о том, что вам не хватит денег до следующей выплаты?
- 5 Да Нет В течение прошлого года были ли ситуации, когда Вы не могли позволить себе купить продукты или необходимую одежду для ребенка?
- 6 Да Нет В последние месяцы были ли Вы в подавленном или депрессивном состоянии, испытывали ли Вы чувство безнадежности?
- 7 Да Нет В последние месяцы испытывали ли Вы меньше интереса к делам или получали меньше удовольствия от дел, которые вам обычно нравятся или которые вам интересны?
- 8 Да Нет Вы часто находитесь в очень напряженном, стрессовом состоянии?
- 9 Да Нет Считаете ли вы, что у Вас особенно трудный ребенок?
- 10 Да Нет Нужна ли Вам дополнительная помощь по воспитанию ребенка?
- 11 Да Нет Вы обеспокоены тем, что можете потерять контроль над своим ребенком?
- 12 Да Нет Ваш нынешний или бывший партнер когда-либо подавлял, оскорблял Вас или контролировал Вас, например, решал, с кем Вы можете общаться, сколько денег у вас должно быть, какую одежду вам можно носить?
- 13 Да Нет Ваш нынешний или бывший партнер когда-либо угрожал вам, толкал, бил, пинал Вас или подвергал вас какому-либо телесному насилию?
- 14 Да Нет Вы когда-нибудь боялись своего партнера или другого человека из вашего близкого окружения?
- 15 Как часто вы употребляете алкогольные напитки?

<input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Один раз в месяц или реже	<input type="checkbox"/> 2-4 раза в месяц	<input type="checkbox"/> 2-3 раза в неделю	<input type="checkbox"/> 4 или более раз в неделю
----------------------------------	--	---	--	---
- 16 Сколько порций спиртных напитков (см. пример ниже) вы употребляете в тот день, когда выпиваете?

<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 или более
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------------------
- 17 Как часто вы выпиваете 6 или более порций напитков за один раз?

<input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Реже, чем раз в месяц	<input type="checkbox"/> Каждый месяц	<input type="checkbox"/> Каждую неделю	<input type="checkbox"/> Каждый день или почти каждый день
----------------------------------	--	---------------------------------------	--	--



- 18 Да Нет Есть ли у вас другие проблемы, для решения которых вам нужна помощь сегодня?

Благодарим вас за участие в опросе!