

Анкета на скрининг аллергических заболеваний у детей старше 5 лет*

(заполняется родителями)

1. У вашего ребенка есть диагностированное аллергическое заболевание?

Если да, пожалуйста, уточните, какое именно:

- Аллергическая астма
- Аллергический ринит
- Аллергический конъюнктивит
- Крапивница
- Атопический дерматит
- Пищевая аллергия (ребенок соблюдает элиминационную диету)
- Анафилаксия

ДА **НЕТ**

2. Принимал ли ваш ребенок когда-либо лекарства от аллергических заболеваний (например, антигистаминные препараты, кортикостероиды и т. д.)?

ДА НЕТ

3. Часто ли у вашего ребенка отмечается покраснение глаз, слезятся и чешутся глаза?

ДА НЕТ

4. Ваш ребенок часто чихает? И/или часто его беспокоит зуд и выделения из носа?

ДА НЕТ

5. Ваш ребенок когда-нибудь жаловался на проблемы с дыханием (например, на одышку, чувство стеснения в груди, хрипы, кашель или зуд в горле)?

ДА НЕТ

6. Часто ли у вашего ребенка бывают высыпания на коже, сопровождающиеся зудом?

ДА НЕТ

7. Были ли у вашего ребенка тяжелые аллергические реакции или анафилактический шок?

ДА НЕТ

8. Есть ли у вашего ребенка какие-либо из вышеперечисленных симптомов?

Если да, пожалуйста, уточните, если:

ДА НЕТ

- Симптомы носят сезонный характер: весна/лето или осень/зима
- Симптомы проявляются в течение всего года

9. Есть ли у вашего ребенка родственники, страдающие или страдавшие от аллергических заболеваний?

ДА НЕТ

10. Бывали ли у вашего ребенка когда-нибудь аллергические реакции на продукты питания?

Если да, пожалуйста, уточните, какие именно:

- Астма
- Дерматит
- Риноконъюнктивит

ДА НЕТ

Ребенок соблюдает элиминационную диету в настоящий момент?

Каждый ответ «Да» эквивалентен 1 баллу. Максимальное количество баллов — 10. Чем больше баллов, тем выше вероятность наличия у ребенка аллергического заболевания.

Общий балл больше 2 свидетельствует о высоком риске аллергии.

* Опросник валидирован для использования у детей от 5 до 10 лет.

Адаптировано из: Sacchetti M., Baiardini I., Chini L., Moschese V., Bruscolini A., Lambiase A. Development and preliminary validation of a new screening questionnaire for identifying atopic children. *Pediatric Health Med Ther.* 2017 Sep 21; 8: 99–105. Doi: 10.2147/PHMT.S142271. PMID: 29388629; PMCID: PMC5774591.

CHD-20260831-1514/V