**REFUGEE’S 0-18 DATASHEET**

**МЕДИЧНА КАРТКА ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ-БІЖЕНЦЕМ У ВІКУ 0-18 РОКІВ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ**

*(Fill with capital letters /заповніть форму друкованими літерами)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CHILD’S NAME /ИМЯ РЕБЕНКА/ Ім'я дитини |  | | | | |
| Child’s birthdate?  *.... day.... month..........year*  *Birthplace: ..............country.......town* | Дата народження дитини?Дата Рождения ребёнка?a  Дата народження: ………… рік ………………… місяць ……… день  Місце народження/место рождения : ………………… країна/страна ..…………………… населений пункт | | | | |
| CHILD’S PASSPORT (ID card) NUMBER/ НОМЕР ПАСПОРТА( удостоверение личности)РЕБЕНКА/ Номер паспорта(посвідчення особи) дитини |  | | | | |
| NEXT OF KIN’S NAME / Имя родственника/ Ім'я родича |  | | | | |
| NEXT OF KIN’S PASSORT (ID card) NUMBERНОМЕР ПАСПОРТА (удостоверение личности) РОДСТВЕННИКА/ Номер паспорта (посвідчення особи) родича |  | | | | |
| **English/ Ukrainian** | | | **Yes** | **No** | |
| WOULD YOU LIKE HELP WITH ACCOMODATION?  /Чик потрібна вам допомога в цьому? Нужна ли вам помощь в этом? | | | так /да | | Ні/нет |
| Name of legal guardian, (telephone) contact details:  Ім'я законного представника, (телефон) контактні дані:  Имя законного представителя | |  | | | |
| Without legal guardian, accompanying person’s name:  з незаконним представником, ім'я представника/опікуна:  с незаконным представителем, его имя : | |  | | | |
| Accompanying person’s (phone) contact details  Контакти представника/опікуна (телефон):  Контакты опекуна/ представителя: | |  | | | |

**Child’s symtomps in past 10 days/симптомы за последние 10 дней у ребёнка:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symptoms/симптомы | Yes | No |
| fever/темрература (>=38°С): | Так/ да | Ні/ нет |
| lethargy/слабость | Так/ да | Ні/ нет |
| runny nose/насморк | Так/ да | Ні/ нет |
| chough/кашель? | Так/ да | Ні/ нет |
| throat pain / Болить горло | Так/ да | Ні/ нет |
| dry chough /Сухий кашель | Так/ да | Ні/ нет |
| wet chough / Катаральний кашель | Так/ да | Ні/ нет |
| short of breath / трудное дыхание | Так/ да | Ні/ нет |
| chest pain / грудная боль | Так/ да | Ні/ нет |
| loss of smell or taste / не чуствовает запах/вкус | Так/ да | Ні/ нет |
| headache/головная боль | Так/ да | Ні/ нет |
| muscle ache/мышца боль | Так/ да | Ні/ нет |
| abdominal pain/ Болить живіт? | Так/ да | Ні/ нет |
| vomiting/рвота | Так/ да | Ні/ нет |
| diarrhoea/понос | Так/ да | Ні/ нет |

**CHILD’S MEDICAL HISTORY/СТАН ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Does the child have any chronic disease requiring treatment?  Чи має дитина хронічне захворювання, яке потребує лікування?  Имеет ли ребенок хроническое заболевание, требующее лечения? | Так/ да | Ні/ нет |
| If yes, please provide details. Якщо так, тоді яке захворювання? Если да , какое? | | |
| Does the child have heart condition? Чи має якісь хвороби серця? Есть ли какие-то болезни сердца? | Так/ да | Ні/ нет |
| Does the child have diabetes? Чи хворіє дитина на цукровий діабет?Болеет ли ребенок на сахарный диабет? | Так/ да | Ні/ нет |
| Does the child have asthma? Чи є в дитини Астма?Есть ли у ребёнка Астма? | Так/ да | Ні/ нет |
| Does the child have epilepsy? Чи є в дитини епілепсія? Есть ли у ребёнка епилепсия? | Так/ да | Ні/ нет |
| Does the child take any regular medication? Please list them. Чи є ліки, які регулярно приймає , якщо так , то які ?Есть ли лекарства , которые регулярно принимает, если да , какие? | Так/ да | Ні/ нет |
| Does the child have enough medication supply? Чи маєте достатню кількість ліків? Есть ли у вас сейчас достаточно лекарства? | Так/ да | Ні/ нет |
| Does the child have any allergy for any medication? Чи є алергія на ліки? Есть ли аллергия на некоторые лекарства? | Так/ да | Ні/ нет |
| If yes, please list he medication and the reaction. Якщо так, на які саме? Если да , на какие именно? | | |
| Does you have any food allergy? Чи є в дитини алергія на будь які харчові продукти ? Есть ли у ребенка аллергия на какие-то продукты питания? | Так/ да | Ні/ нет |
| If yes please list the allergens. Якщо так, на які саме?Если да , на какие именно? | | |
| Does the child have lactose intolerance? Чи є в дитини непереносимість лактози? Есть ли у ребёнка непереносимость лактозы? | Так/ да | Ні/ нет |
| Does the child have gluten allergy? Чи є в до глютену?Или глютену? | Так/ да | Ні/ нет |

**RECIVED IMMUNISATION /ОТРИМАНІ ЩЕПЛЕННЯ/ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИВИВКИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Did the child receive measles vaccine? | Чи має дитина щеплення від корі?Есть ли у ребенка прививка от кори? | Так/Да | Ні/Нет |
| Did the child receive CoVid-19 vaccine? | Чи має дитина щеплення від Ковід? | Так/Да | Ні/Нет |
| Did the child have CoVid-19? | Чи хворіла дитина на Ковід?Болел ли ребенок Ковидом? | Так/Да | Ні/Нет |
| If yes, when? | Якщо так, коли? Если да , когда? | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| When and which vaccine did the child receive? | Коли та які прививки отримували? | **Yes** | **No** |
| BCG: | BCG: | Так/Да | Ні/Нет |
| Di-Per-Te: | Di-Per-Te: | Так/Да | Ні/Нет |
| Hib: | Hib: | Так/Да | Ні/Нет |
| IPV or OPV (polio): | IPV чи OPV: | Так/Да | Ні/Нет |
| Pneumococcus: | Pneumococcus: | Так/Да | Ні/Нет |
| Morbilli: | Morbilli: | Так/Да | Ні/Нет |
| Rubeola | Rubeola | Так/Да | Ні/Нет |
| Mumps: | Mumps: | Так/Да | Ні/Нет |
| Meningococcus B | Meningococcus B | Так/Да | Ні/Нет |
| Meningococcus C. | Meningococcus C. | Так/Да | Ні/Нет |
| Rotavirus enteritis | Rotavirus enteritis | Так/Да | Ні/Нет |
| Varicella: | Varicella: | Так/Да | Ні/Нет |
| Hepatitis A: | Hepatitis A: | Так/Да | Ні/Нет |
| Hepatitis B: | Hepatitis B: | Так/Да | Ні/Нет |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| The child needs to be admitted to the hospital | Необхідно залишитись в лікарні на обстеження. Нужно будет остатся в больнице на обследование |  |  |
| Mother allowed to stay with the child in the hospital. | Мамочка може залишитись з дитинкою. Мамочка может остатся с ребёнком |  |  |
| Child will receive an intravenous drip. | Отримаєте крапельницю. Получите капельницу |  |  |
| Laboratory test are necessary (blood, urine) | Необхідно здати аналізи ( кров, сеча)  Нужно будет здать анализы (крови, сечь) |  |  |
| Blood sugar test is necessary | Необхідно здати аналізи на цукровий діабет. Нужно здать анализы на сахарный диабет |  |  |
| X-ray examination is required | Необхідно зробити рентген знімок. Нужно сделать рентген снимок |  |  |
| Ultrasound examination is required | Необхідно УЗД. Нужен УЗД |  |  |
| Child could be discharged and need to take medication. | Не потрібно залишитись в лікарні, але повинні приймати ліки.Не нужно оставаться в больнице, ну вы должны начать принимать лекарства |  |  |
| Will need to take …tablets/mls …. Times per day. | Приймання ліків/ Прием лекарств ….......в день ..........штук |  |  |
| You need to bring the child back for review in ….. days to….. ward | До лікаря повернутись через/ К врачу вернутся через …….... днів/дней,  на ..... ………………………….......... У відділення/ в отделение |  |  |