# Forma Anamneze za povrede mozga/glave (Uzrast 0-4 godine)

Educator Resource 4

Današnji datum:_____Ime djeteta:_____Datum rođenja djeteta: _____

Osoba koja kompletira ovaj izvještaj:_____Povezanost sa djetetom: _____

**Nezgode:** Da li je Vaše dijete bilo u automobilskoj nezgodi, da li je bilo izloženo gušenju, davljenju, prestalo disati minutu ili duže, ili bilo izloženo kontinuiranim udarcima u glavu?
Da_____ Ne____

**Padovi:** Da li je Vaše dijete ikada palo sa visine više od 18 inča ( Palo niz stepenice, odkotrljalo se sa stolića za mijenjanje pelena, palo na igralištu, palo dok se penjalo ili palo dok je vozilo tricikl, bicilo ili skuter), što je rezultiralo udarcem u glavu? Da____Ne___

**Hitna pomoć:** Da li je Vaše dijete ikada posjetilo doktora ili hitnu pomoć zbog gubitka svijesti ili udarca u glavu?
Da_____Ne_____

**Simptomi ili bolest:** Da li je Vaše dijete ikada imalo gubitak svijesti ili (epileptički) napad? Ne ____
Da_____

Ako ste odgovorili sa DA na bilo koje od gore navedenih pitanja, molim Vas da opišete šta i kada se desilo: (uključujući kako se desila povreda i koliko jak je bio udarac u glavu)

**Promjene:** Obilježite promene koje ste primjetili kod djeteta nakon sto se desio opisani incident.

| Obiljezite sve uočeno | # Minuta | # Sati | # Dana | # Sedmica | Duže |
|---|---|---|---|---|---|
| Gubitak snage/energije | | | | | |
| Umanjena sposobnost sisanja/gutanja | | | | | |
| Umanjeno smijanje ili vokalizacija | | | | | |
| Umanjena tolerancija na svjetlost | | | | | |
| Često trljanje očiju | | | | | |
| Ekstremno iritantno/povećano plakanje | | | | | |
| Oticanje mekog tkiva | | | | | |
| Odavati utisak zbunjenosti ili nesigurnosti | | | | | |
| Gubitak svijesti | | | | | |
| Umanjena koordinacija ili loš balans | | | | | |
| Umanjena sposobnost podizanja ili držanja glave | | | | | |
| Umanjena mogućnost komuniciranja/ pričanja | | | | | |
| Umanjen apetit | | | | | |
| Umanjena sposobnost fousairanja pogleda | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nejednaka velčina zjenica | | | | | |
| Promjene u spavanju | | | | | |
| Ponašanje koa pokazuje bolove u glavi ( glavobolje) | | | | | |
| Povraćanje | | | | | |
| Mučnina u stomaku | | | | | |