

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель министра здравоохранения –  
Главный государственный  
Санитарный врач Республики Беларусь

И.В. Гаевский

12.12.2012 г.

## МОДЕЛЬ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОЛОГИИ ОЦЕНКИ РИСКА

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ:

Гузик Е.О., Мельникова Е.И.

## **ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ**

В настоящей Инструкции по применению представлена модель интегрированной системы социально-гигиенического мониторинга состояния здоровья детей школьного возраста с использованием методологии оценки риска, которая позволит на основе изучения состояния здоровья школьников и факторов, его формирующих:

- проводить оценку состояния здоровья школьников;
- устанавливать приоритетные факторы среды обитания, оказывающие неблагоприятное воздействие на здоровье школьников;
- определять неотложные и долгосрочные мероприятия по предупреждению и устранению воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на здоровье;
- принимать управленческие решения по реализации мер, направленных на охрану здоровья учащихся и среды обитания;
- информировать республиканские, местные органы законодательной, исполнительной власти, заинтересованные ведомства и организации, а также население о результатах, полученных в ходе мониторинга.

Настоящая инструкция по применению предназначена для врачей-специалистов учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор (далее — Госсаннадзор), и иных организаций, занимающихся вопросами изучения состояния здоровья детского населения и факторов, его формирующих.

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ**

Ростомер, весы, секундомер, спирометр, тонометр

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Отсутствуют.

## **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

В целях выявления факторов природной, социальной и образовательной среды, влияющих на состояние здоровья детского населения, установления приоритетов действий, а также для оценки эффективности профилактических мероприятий необходимы фактические данные. Такие данные можно получить в рамках реализации и развития системы социально-гигиенического мониторинга (СГМ).

Система мониторинга предполагает непрерывность сбора данных, что позволяет совершенствовать процесс принятия стратегических решений, своевременно разрабатывать программы действий в области профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья школьников.

Приоритетным направлением в развитии СГМ детского населения является системный подход к изучению среды обитания и здоровья с применением современных методов донозологической диагностики, оценкой функционального состояния организма, изучением процессов адаптации растущего организма к условиям окружающей среды, в т. ч. и образовательной.

Задачей СГМ является не только установление факторов, влияющих на здоровье школьников, но и измерение эффекта их воздействия, что позволяет судить об их вкладе в формирование отклонений в состоянии здоровья и заболеваний. Без этого не только невозможно судить о значении различных факторов, об их вкладе в заболеваемость, но и вообще делать выводы о связи между изучаемыми факторами и исходами, что определяет целесообразность использования концепции риска.

В модели социально-гигиенического мониторинга, изложенной в настоящей инструкции по применению, определены следующие этапы медико-гигиенических исследований:

1. Организационный этап.
2. Сбор информации о состоянии здоровья школьников, и факторах его формирующих.
3. Анализ данных о состоянии здоровья и факторах его формирующих.
4. Разработка и внедрение среди школьников профилактических мероприятий.

### **ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ ЭТАП**

На данном этапе осуществляется разработка программы и рабочего плана исследования. Программа включает формулировку цели и задач исследования, описание методики сбора, хранения, обработки и анализа информации.

Целью социально-гигиенического мониторинга состояния здоровья школьников является выявление уровней риска для жизни и здоровья и разработка мероприятий, направленных на предупреждение, уменьшение и устранение неблагоприятного воздействия на организм детей и подростков факторов среды обитания.

Программа медико-гигиенического исследования, как правило, включает два раздела:

1. Оценка состояния здоровья детей и подростков.
2. Характеристика факторов среды обитания, определяющих здоровье исследуемой группы.

Сбор данных, характеризующих здоровье, может проводиться как на популяционном, так и коллективном уровне (уровне учреждения общего среднего образования).

Источники информации о состоянии здоровья детей и подростков:

- данные официальной статистики государственных учреждений и организаций;
- выкопировка данных из первичной медицинской документации;
- проведение собственных исследований.

Для получения информации о факторах, формирующих здоровье детей и подростков, целесообразно:

- осуществление выкопировки данных из установленных отчетных форм государственной или ведомственной статистической отчетности;
- оценка санитарно-эпидемиологического благополучия учреждений общего среднего образования;
- анкетирование школьников и их родителей.

Итогом организационного этапа является разработка рабочего плана исследования. Рабочий план включает в себя: порядок обучения и организации работы непосредственных исполнителей; определение необходимого объема и видов ресурсного обеспечения (кадры, финансы, материально-технические, информационные ресурсы и др.); определение сроков и ответственных за выполнение отдельных этапов исследования.

## **СБОР ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ И ФАКТОРАХ, ЕГО ФОРМИРУЮЩИХ**

При осуществлении модели социально-гигиенического мониторинга сбор данных о состоянии здоровья детского населения осуществляется на популяционном уровне из отчетно-статистической документации (Форма 1 — дети, Минздрав). Данная форма ежегодно до 20 января представляется государственными организациями здравоохранения, подчиненными Министерству здравоохранения Республики Беларусь и местным исполнительным и распорядительным органам (центральные районные (городские) больницы, поликлиники, городские организации здравоохранения) в управления здравоохранения областных (Комитету по здравоохранению Минского городского) исполнительных комитетов, которые в дальнейшем сводные статистические данные до 26 января следующего за отчетным года представляют Министерству здравоохранения Республики Беларусь. Для выявления закономерностей, характеризующих здоровье детей на конкретной территории, необходима выкопировка данных из статистических отчетных форм не менее чем за 10 лет наблюдения (до 2008 г., форма № 31 (годовая) «Отчет о медицинской помощи детям за ... год», утв. Приказом Министра статистики и анализа Республики Беларусь от 27.06 2002 № 56 ).

Выкопировка данных из Формы 1 — дети (Минздрав) осуществляется в соответствии с поставленными задачами и, как правило, включает:

- сведения о числе детей, состоящих на учете и их возрастном составе;
- сведения о профилактических медицинских осмотрах и их результатах;
- заболевания у детей в возрасте 0–17 лет;
- основные причины смерти детей в возрасте 0–17 лет.

Для объективной оценки факторов среды обитания целесообразным является выкопировка данных из формы ведомственной статистической отчетности «Сведения о санитарном состоянии территории», также не менее чем за 10 лет наблюдения. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1194 от 06.12.2011 данная форма ежегодно в срок до 15 января представляется районными, зональными, городскими центрами гигиены и эпидемиологии областным центрам гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, а также Минскому городскому центру гигиены и эпидемиологии, которые в дальнейшем сводные данные в срок до 10 февраля представляют государственному учреждению «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». Из формы «Сведения о санитарном состоянии территории» в соответствии с поставленными задачами может быть проведена выкопировка следующих данных:

- санитарно-гигиеническая характеристика и эпидемическая надежность объектов надзора;
- качество питьевой воды по санитарно-химическим показателям;
- уровни загрязнения атмосферного воздуха;
- характеристика состояния почвы;
- источники неблагоприятных физических факторов в городах и поселках городского типа, сельских населенных пунктах;
- гигиеническая характеристика продовольственного сырья и пищевых продуктов;
- исследование пищевых продуктов в учреждениях для детей;
- контроль состояния воздушной среды и физических факторов в закрытых помещениях учреждений для детей.

Помимо вышеуказанных статистических отчетных форм для оценки факторов среды обитания на популяционном уровне могут быть также использованы государственные и ведомственные статистические отчетные формы Министерства природных ресурсов и охраны окружающей среды и Министерства образования Республики Беларусь.

Для гигиенической оценки влияния факторов среды обитания на развитие ряда заболеваний, а также специфики формирования морфофункциональных отклонений у детей конкретного региона необходимо изучение и оценка состояния здоровья школьников и факторов, его определяющих в территориальном разрезе. Эта информация позволяет выявлять региональные приоритетные проблемы в состоянии здоровья детского населения. Для сбора и анализа таких данных целесообразным является формирование целевых групп специалистов, которые будут проводить обследование школьников.

При изучении здоровья школьников проводятся следующие исследования:

- выкопировка данных из справки о состоянии здоровья (форма 1 здр/у-06) (группа здоровья, группа по физкультуре, данные о состоянии осанки и остроты зрения);
- исследование физического развития с использованием соматометрических (длина и масса тела, индекс массы тела) и физиометрических (жизненная емкость легких, сила левой, правой кисти, артериальное давление, пульс) методов, расчетом адаптационного потенциала.

- исследование физической подготовленности (в соответствии с программой физического воспитания);

Помимо вышеуказанных исследований в зависимости от поставленных задач после получения информированного согласия родителей могут проводиться и другие обследования школьников, например:

- педиатрическое обследование;
- стоматологическое обследование;
- изучение микроэлементного состава волос;
- оценка плотности костной ткани (по данным ультразвуковой денситометрии);
- изучение уровня школьной тревожности с использованием методики Филиппа).

Для объективной оценки внутришкольных факторов среды обитания, определяющих здоровье, проводится изучение санитарно-эпидемиологического благополучия в соответствии с Инструкцией 2.4.2.11-14-25-2003 «Оценка уровня санитарно-эпидемического благополучия общеобразовательных учреждений», утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача № 151 03.12.2003.

Для изучения медико-социальных причин формирования отклонений в здоровье и заболеваний у детей целесообразным является организация и проведение анкетирования родителей в соответствии с анкетой, представленной в Приложении 1.

Для оценки фактического питания школьников в домашних условиях предпочтительно использование частотного метода в соответствии с Инструкцией по применению № 017-1211 «Изучение фактического питания на основе метода анализа частоты потребления пищевых продуктов» (утв. Главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь 15.12.2011).

Результатом выполнения этапа сбора информации о состоянии здоровья школьников и факторах, его формирующих, является создание баз данных с использованием пакета прикладных программ Excel или Access, содержащих информацию о состоянии здоровья учащихся и факторах, его формирующих, на популяционном, групповом и индивидуальном уровне.

## **АНАЛИЗ ДАННЫХ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ И ФАКТОРАХ, ЕГО ФОРМИРУЮЩИХ**

Оценка результатов популяционного исследования должна включать не только характеристику ситуации в обследуемом районе (городе, области, республике) на момент исследования, но и определение динамики изучаемых показателей за период наблюдения не менее 10 лет (анализ динамических рядов), что позволит выявить приоритетные проблемы в состоянии здоровья детского населения административной территории и разработать научно обоснованные мероприятия, направленные на профилактику развития заболеваний и отклонений в состоянии здоровья. В ходе обработки динамических рядов состояния здоровья детского населения проводится расчет следующих показателей:

- абсолютный прирост — это разность между двумя уровнями ряда  $y_1$  и предыдущего ( $y_1 - 1$ );
- темп роста (снижения) — отношение данного уровня ( $y_1$ ) к предыдущему ( $y_1 - 1$ ), выраженное в %;
- темп прироста (убыли) — отношение абсолютного прироста к предыдущему уровню ряда, выраженное в %.

В убывающих рядах показатели темпа роста (снижения) и темпа прироста (убыли) имеют отрицательные знаки, в нарастающих — положительные.

Средний уровень ряда — среднее арифметическое из уровня.

Среднегодовой темп роста (снижения) ряда — средняя геометрическая темпа роста (снижения).

Показатель наглядности — это отношение определенного уровня ряда к первому, выраженное в %.

Итогом оценки популяционных исследований является подготовка заключения об основных тенденциях в формировании здоровья детского населения региона и факторах, его формирующих.

При оценке результатов исследований на уровне учреждений образования проводится описание и гигиеническая оценка каждого показателя в соответствии с нормативами и методами, утвержденными в Республике Беларусь. Выявляются ведущие отклонения в состоянии здоровья и приоритетные факторы риска, характерные для региона наблюдения и отдельных учреждений образования.

Для уведомления школьников и их родителей об итогах медико-гигиенического исследования проводится подготовка индивидуальных заключений о состоянии здоровья каждого обследованного в соответствии с Приложением 2. В индивидуальном заключении содержится информация о результатах обследования школьника, должна быть разработана индивидуальная программа коррекции выявленных нарушений.

Для информирования администрации школ об итогах проведенного медико-гигиенического исследования в учреждении образования готовится отчет в соответствии с Приложением 3.

Установление приоритетности факторов, влияющих на возникновение отклонений в состоянии здоровья детей и измерение эффекта их воздействия возможно с использованием концепции риска, которая позволяет объективно судить о вкладе различных факторов в заболеваемость, и количественно подтверждать или опровергать наличие причинно-следственной связи между изучаемыми факторами и эффектами их воздействия. Для обнаружения причинно-следственной связи необходимо сравнить вероятность возникновения заболеваний среди тех, на кого воздействует определенный фактор, и вероятность возникновения заболеваний среди тех, на кого изучаемый фактор не воздействует. Чтобы сравнить эти вероятности (т.е. риск возникновения заболевания при воздействии фактора и при отсутствии такового), нужно их измерить.

Процедура выявления зависимости влияния факторов среды обитания на здоровье базируется на основных постулатах, сформулированных английским биостатистиком А. Хиллом:

- *временное правдоподобие* свидетельствует о том, что воздействие предшествовало заболеванию (с обязательным учетом латентного периода);
- *биологическое правдоподобие* состоит в том, что сведения о физико-химических, биологических, токсикологических и других свойствах фактора являются базовыми для понимания характера его воздействия на здоровье;
- *географическое правдоподобие* указывает на связь локализации случаев заболеваний или отклонений в состоянии здоровья с источником воздействия.

Для оценки результатов собственных исследований с использованием методологии оценки риска данные сводятся в четырехпольную таблицу (2X2):

## Результаты собственных исследований

	Эффект воздействия имеется	Эффект воздействия отсутствует	
Экспонированы	a	b	a+b
Не экспонированы	c	d	c+d
	a+c	b+d	a+b+c+d

Поскольку при проведении системы СГМ оценивается множество факторов и их градаций, это требует создания множества таблиц, имеющих подобную форму.

Непосредственным отражением риска возникновения заболеваний, т.е. «реализованным» риском, являются показатели частоты отклонений в состоянии здоровья. При изучении степени влияния отдельных факторов среды обитания на здоровье необходим расчет *абсолютного риска* (R), связанного с каким-либо потенциальным фактором риска ( $R_e$ ), который измеряет вероятность изучаемого эффекта (снижения работоспособности, функционального отклонения, заболевания, смерти и т.д.) у лиц, подверженных действию данного фактора («экспонированных» к нему). Абсолютный риск при отсутствии воздействия данного фактора ( $R_{ne}$ ) отражает вероятность изучаемого исхода (снижения работоспособности, функционального отклонения, заболевания, смерти и т.д.) у лиц, не находящихся под воздействием данного фактора (не «экспонированных» к нему).

Если воспользоваться данными табл. 1, то формулы для расчета абсолютного риска будут выглядеть следующим образом:

$$R_e = \frac{a}{a+b} \text{ — абсолютный риск среди экспонированных,}$$

$$R_{ne} = \frac{c}{c+d} \text{ — абсолютный риск среди не экспонированных}$$

После измерения риска возникновения отклонений в состоянии здоровья среди тех, на кого изучаемый фактор действует, и среди тех, на кого данный фактор не действует, проводят процедуру сравнения. Если риск возникновения отклонений в состоянии здоровья в группе подверженных действию фактора F выше, чем вероятность заболеваний среди тех, кто не подвержен действию данного фактора ( $R_e > R_{ne}$ ), можно предположить, что возникновение фактора F повышает риск изучаемого исхода. Если  $R_e < R_{ne}$ , это означает, что изучаемый фактор, по-видимому, приводит к снижению вероятности появления изучаемого исхода. В ситуациях, когда  $R_e = R_{ne}$ , вряд ли можно судить о каком-либо воздействии данного фактора.

Для проведения количественного сравнения абсолютных рисков среди экспонированных и среди неэкспонированных рассчитывают относительный и атрибутивный риск.

Относительный риск — отношение риска возникновения отклонений в состоянии здоровья среди тех, на кого действовали различные факторы ( $R_e$ ), к риску среди неэкспонированных ( $R_{ne}$ ).

$$RR = \frac{R_e}{R_{ne}}$$



Пользуясь данными табл. 1, формулу для расчета относительного риска можно представить следующим образом:

$$RR = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$$

Если относительный риск более 1, то возникновение отклонений в состоянии здоровья может быть связано с воздействием изучаемого фактора. Чем больше значение RR, тем больше эффект воздействия фактора, тем важнее может быть его этиологическая роль. Если RR=1, то фактор не оказывает воздействия, при RR менее 1 — фактор, возможно, оказывает превентивное действие.

Величина относительного риска позволяет измерить патогенную силу условий, с которыми ассоциируется фактор риска и показывает, во сколько раз риск заболевания среди экспонированных больше, по сравнению с не экспонированными. Вместе с тем, величина относительного риска не дает представления относительно абсолютной величины распространенности заболеваний, с этой целью рассчитывается атрибутивный риск.

Атрибутивный риск (RD) — количество заболеваний или других патологических состояний, которые можно связать с действием фактора. Атрибутивный риск рассчитывается как разность абсолютных рисков возникновения отклонений в состоянии здоровья или заболеваний при наличии (Re) и отсутствии воздействия (Rne) изучаемого фактора:

$$RD = R_e - R_{ne}$$

Пользуясь данными табл. 1, формулу для расчета атрибутивного риска можно представить следующим образом:

$$RD = (a/(a + b)) - (c/(c + d))$$

Данный показатель демонстрирует абсолютное увеличение отклонений в состоянии здоровья или заболеваний в связи с действием данного фактора.

Атрибутивный риск может быть использован для расчета атрибутивной фракции (AF) — это отношение разности рисков к абсолютному риску у экспонированных, выраженное в процентах:

$$AF = RD \times 100 / R_e$$

Атрибутивная фракция (AF) представляет собой долю всех случаев отклонений в состоянии здоровья или заболеваний у экспонированных, обусловленную данным фактором (если выявленная связь на самом деле является причиной).

Итогом оценки результатов собственных исследований является подготовка заключения о выявленных приоритетных проблемах в состоянии здоровья школьников и факторах среды обитания, формирующих негативные тенденции в состоянии здоровья, как на всей административной территории, так и в разрезе отдельно взятых учреждений образования и на основе использования концепции риска обоснование ведущих факторов, формирующих добавочные отклонения в состоянии здоровья в данном регионе.

## РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Несмотря на уже достигнутые успехи в Республике Беларусь по нормированию факторов внутришкольной среды, обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия в учреждениях образования уровень заболеваемости школьников остается высоким, что определяет необходимость совершенствования профилактических мероприятий. В настоящее время в учреждениях общего среднего образования проводятся профилактические и оздоровительные мероприятия, направленные на коррекцию состояния здоровья школьников. Раннее начало профилактического вмешательства наиболее перспективно. Это связано с тем, что поведенческие факторы риска у детей и подростков еще не сформированы или их появление носит непостоянный характер, когда еще не выработался стереотип поведения, не соответствующий здоровому образу жизни. Доказано, что в школьном возрасте формируются факторы риска атеросклероза, артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, обуславливающие значительную заболеваемость и смертность взрослого, особенно мужского населения.

Итогом реализации модели социально-гигиенического мониторинга является разработка мероприятий по профилактике отклонений в состоянии здоровья исходя из постулатов, что профилактика заболеваний у детей — это комплексная система медико-социальных и психолого-педагогических мер, направленных на предупреждение заболеваний у детей и подростков путем устранения причин и условий их возникновения, повышения устойчивости растущего организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды и формирования мотивации на сохранение здоровья.

При организации профилактических мероприятий необходимо руководствоваться следующими принципами:

1. Комплексное решение проблем при структурировании профилактических мероприятий на трех уровнях:
  - государственный;
  - уровень учреждения образования;
  - индивидуальный.
2. Учет критических возрастных периодов. Такими периодами в жизни детей и подростков являются:
  - *0 – 3 года* — период наибольшей чувствительности к факторам среды обитания;
  - *6 – 7 лет* — период напряженной адаптации в связи с началом обучения в учреждении общего среднего образования;
  - *11 – 15 лет* — период начала полового созревания;
  - *17 – 18 лет* — период выбора профессии, увеличение физических и эмоциональных нагрузок на фоне биологической незрелости организма.
3. На основе анализа выявленных факторов риска выделение приоритетных мероприятий, которые будут способствовать профилактике заболеваний и укреплению здоровья.

АНКЕТА

по изучению медико-социальных причин формирования отклонений  
в здоровье и заболеваний у детей

Уважаемые родители! В общеобразовательном учреждении проводится углубленное медицинское обследование учащихся. Для получения более объективной информации о состоянии здоровья Вашего ребенка просим подчеркнуть подходящий ответ на следующие вопросы:

**I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Фамилия, имя \_\_\_\_\_
2. Школа \_\_\_\_\_, класс \_\_\_\_\_
3. Дата рождения: число \_\_\_\_\_, месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_
4. Пол: 1. Мальчик      2. Девочка
5. Сколько лет проживает в данном населенном пункте:  
1. До 5 лет      2. Свыше 5 лет

**II. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИОДА  
БЕРЕМЕННОСТИ МАТЕРИ И РОДОВ**

1. Возраст матери в период рождения данного ребенка  
1. 20–29 лет 2. До 19 лет либо 30 лет и старше
2. Возраст отца в период рождения данного ребенка  
1. 20–29 лет 2. До 19 лет либо 30 лет и старше
3. Был ли токсикоз в период беременности (тошнота, рвота, анемия)  
1. Нет      2. Да
4. Были ли инфекционные заболевания  
1. Нет      2. Да
5. Были ли соматические заболевания органов и систем, диагностированные врачом  
1. Нет      2. Да
6. Болела ли мать до беременности какими-либо хроническими заболеваниями, диагностированными врачом  
1. Нет      2. Да
7. Болел ли отец до рождения ребенка какими-либо хроническими заболеваниями, диагностированными врачом  
1. Нет      2. Да
8. Имела ли мать до беременности контакт с вредными производственными факторами (химические вещества, шум, вибрация, электромагнитные поля, излучение, др.)  
1. Нет      2. Да
9. Сколько лет длился контакт с вредными производственными факторами  
1. До 1 года 2. более 1 года
10. Имела ли мать в период беременности контакт с вредными производственными факторами  
1. Нет      2. Да
11. Имел ли отец до рождения ребенка контакт с вредными производственными факторами  
1. Нет      2. Да
12. Принимала ли мать в период беременности лекарства

1. Нет                      2. Да
13. Испытывала ли мать в период беременности чувство повышенного напряжения (стресса), связанного: с болезнью; конфликтами в семье; разводом; конфликтами на производстве; и др.
1. Нет                      2. Да
14. Употребляла ли мать алкогольные напитки (даже если иногда)
1. Нет                      2. Да
15. Употреблял ли отец алкогольные напитки (даже если иногда)
1. Нет                      2. Да
16. Курила ли мать до беременности
1. Нет                      2. Да
17. Курит ли отец
1. Нет                      2. Да
18. Были ли осложнения в родах
1. Нет                      2. Да
19. Вес ребенка при рождении
1. 2500 г и более      2. До 2500 г.
20. Рост ребенка при рождении
1. 50 см и более                      2. Менее 50 см

### **III. ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕГО ДЕТСТВА**

1. Сколько месяцев ребенок получал только грудное молоко
1. 6 мес.  
2. До 6 мес.  
3. Не получал
2. С какого месяца начали вводить прикорм смесями
1. С 6 мес.  
2. До 6 мес.  
3. С рождения
3. Сколько часов в сутки, примерно, Вы гуляли с ребенком на первом году жизни
1. Более 5–6 ч  
2. 5–6 ч  
3. Менее 5 ч
4. Применялись ли закаливающие процедуры на первом году жизни
1. Применялись регулярно  
2. Применялись не регулярно  
3. Не применялись
5. Как часто ребенок болел на 1 году жизни
1. Не болел ни разу  
2. Менее 4 раз  
3. 4 раза и более

#### **IV. ФАКТОРЫ РИСКА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ УСЛОВИЯ ЖИЗНИ РЕБЕНКА**

1. Жилищно-бытовые условия
  - a) отдельная квартира
  - b) частный дом
  - c) комната в коммунальной квартире
  - d) комната в общежитии
2. Жилая площадь на одного члена семьи
  - a) свыше 12 м<sup>2</sup>
  - b) 9–12 м<sup>2</sup>
  - c) 5–8 м<sup>2</sup>
  - d) до 5 м<sup>2</sup>
3. Число детей в семье
  - a) 1
  - b) 2
  - c) 3
  - d) 4 и более
4. Состав семьи
  - a) полная
  - b) только мать
  - c) только отец
  - d) опекун
5. Доход на одного члена семьи
  - a) выше прожиточного минимума в 3 раза и более
  - b) выше прожиточного минимума в 2 раза
  - c) соответствует прожиточному минимуму
  - d) ниже прожиточного минимума  
(прожиточный минимум составляет \_\_\_ руб.)
6. Семейная обстановка
  - a) благополучная
  - b) конфликтная
  - c) наличие инвалидов
  - d) наличие тяжелобольных
7. Образование отца
  - a) высшее
  - b) среднее-специальное
  - c) среднее
  - d) неполное среднее
8. Образование матери
  - a) высшее
  - b) среднее-специальное
  - c) среднее
  - d) неполное среднее

9. Сколько времени ребенок гуляет в воскресные дни
- 3 и более
  - 2–3 ч
  - 1–2 ч
  - менее 1 ч
10. Занимается ли физкультурой и спортом вне образовательного учреждения
- занимается в спортивной секции
  - подвижные игры на улице
  - прогулки на воздухе
  - не занимается
11. Сколько часов в сутки спит Ваш ребенок
- до 8 ч
  - 9–10 ч
  - более 11 ч
12. Имеет ли ребенок дневной сон в воскресные дни
- регулярно
  - часто
  - иногда
  - не имеет
13. Как часто Ваш ребенок смотрит телевизор и (или) находится за компьютером
- 1 раз в неделю и реже
  - 2–3 раза в неделю
  - ежедневно
14. Сколько времени в среднем за сутки Ваш ребенок смотрит телевизор и(или) находится за компьютером
- до 1 ч
  - 1,5–2 ч
  - 3 ч и более
15. Когда Ваш ребенок делает уроки:
- сразу после возвращения из школы
  - спустя 2–3 ч после окончания школьных занятий
  - до и (или) после ужина
16. Где Ваш ребенок обычно выполняет домашние задания
- за специально оборудованным рабочим местом, соответствующим росту ребенка
  - за специально оборудованным рабочим местом, не соответствующим росту ребенка
  - где получится (в т.ч. за кухонным столом)
17. Где проводит время в летние каникулы
- в оздоровительном лагере
  - туристической поездке за пределами республики
  - часть времени за городом, часть в городе
  - в городе

18. Сколько раз в день ребенок принимает пищу дома в воскресные дни
- a) 4 и более раза
  - b) 3
  - c) 2
  - d) 1
19. Принимает ли пищу в школе
- a) завтракает и обедает в школьной столовой
  - b) только завтракает или только обедает в школьной столовой
  - c) приносит завтрак из дома
  - d) не принимает
20. Как часто в неделю Ваш ребенок употребляет мясные, рыбные продукты дома
- a) регулярно (6–7 раз в неделю)
  - b) часто (3–5 раз)
  - c) иногда (1–2 раза)
  - d) не употребляет
21. Как часто в неделю Ваш ребенок употребляет яйца и сливочное масло дома
- a) регулярно (6–7 раз в неделю)
  - b) часто (3–5 раз)
  - c) иногда (1–2 раза)
  - d) не употребляет
22. Как часто в неделю Ваш ребенок употребляет молоко и молочные продукты дома
- a) регулярно (6–7 раз в неделю)
  - b) часто (3–5 раз)
  - c) иногда (1–2 раза)
  - d) не употребляет
23. Как часто в неделю Ваш ребенок употребляет фрукты, овощи, ягоды дома
- a) регулярно (6–7 раз в неделю)
  - b) часто (3–5 раз)
  - c) иногда (1–2 раза)
  - d) не употребляет
24. Как часто в неделю Ваш ребенок употребляет крупяные, макаронные блюда и хлебобулочные изделия дома
- a) регулярно (6–7 раз в неделю)
  - b) часто (3–5 раз)
  - c) иногда (1–2 раза)
  - d) не употребляет

Дата заполнения анкеты \_\_\_\_\_ Подпись заполнившего \_\_\_\_\_

ОБРАЗЕЦ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

ФИО \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Школа № \_\_, класс \_\_

Оценка физического развития \_\_\_\_\_

Адаптационный потенциал, (\_\_\_\_\_ его оценка)

Результаты оценки стоматологического статуса) \_\_\_\_\_

Минеральная плотность костной ткани \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_ Диагноз. \_\_\_\_\_

<b>Микроэлементный паспорт</b> (по данным спектрометрии волос, мкг/г)					
Элемент	Концентрация	Вывод	Элемент	Концентрация	Вывод
Кальций			Железо		
Магний			Стронций		
Фосфор			Марганец		
Калий			Никель		
Натрий			Алюминий		
Медь			Кадмий		
Цинк			Свинец		
<b>Оценка микроэлементного статуса:</b>					

<b>Оценка фактического питания в домашних условиях</b> (основные пищевые вещества и энергия)				
	Энергетическая ценность рациона ккал/сут	Белки, г/сут	Жиры г/сут	Углеводы г/сут
Фактическое потребление				
Возрастная норма				
<i>Заключение:</i>				

Рекомендации



**Отчёт о результатах медико-гигиенического мониторинга,  
проведенного в 20 / учебном году  
в учреждении общего среднего образования № \_\_\_\_\_ района**

1. Введение
2. Предусмотренная программа исследования
  - состояние здоровья школьников
  - факторы, формирующие здоровье школьников
3. Исследование выполнено (перечислить специалистов, участвующих в исследовании)
4. Результаты обследования школьников:
  - 4.1. Состояние здоровья
  - 4.2. Физическое развитие
  - 4.3. Оценка адаптационных возможностей
  - 4.4. Физическая подготовленность
  - 4.5. Оценка вклада социальных факторов в формирование здоровья детей
  - 4.6. Оценка качества питания
  - 4.7. Характеристика микроэлементной обеспеченности учащихся
5. Заключение

Подписи исполнителей

С результатами ознакомлен: \_\_\_\_\_  
(Подпись)

Руководитель  
учреждения образования