

ФЕДЕРАЛЬНОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ

ВЫБОРОЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

ВОПРОСНИК ДЛЯ ДЕТЕЙ

Предоставляют:	Сроки предоставления	Форма № 3-здоровье населения Приказ Росстата об утверждении формы от 28.06.2024 № 266
интервьюеры Выборочного наблюдения состояния здоровья населения: – территориальному органу Росстата в субъекте Российской Федерации по установленному им адресу	до 1 октября 2024 г.	
		Годовая

Территория _____

Населенный пункт _____

Код формы по ОКУД	Код субъекта Российской Федерации (1, 2 знаки)	Код населенного пункта (3–11 знаки)	Код типа населенного пункта (городской – 1; сельский – 2)	Номер участка переписи населения (6 знаков)	Номер домохозяйства в пределах территории (4 знака)
1	2	3	4	5	6
0609399	□ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □

Раздел I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 0–2 ЛЕТ

1. ПОЛ РЕБЕНКА *В01_01*

1. мужской
2. женский

2. ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА И ЧИСЛО ИСПОЛНИВШИХСЯ ПОЛНЫХ МЕСЯЦЕВ НА ДЕНЬ ОПРОСА? (указывается день, месяц, год рождения и число месяцев от 0 до 35 мес.)

--	--	--	--	--	--	--	--

день месяц год
 B01_02_01 B01_02_02 B01_02_03

--	--	--	--

Укажите число полных месяцев
 B01_02_04

3. КАК ВЫ САМИ ОЦЕНИВАЕТЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА?
 B01_03

1. Очень хорошее
2. Хорошее
3. Удовлетворительное
4. Плохое
5. Очень плохое
6. Затрудняюсь ответить

4. ГОВОРИЛ ЛИ ВАМ ВРАЧ ИЛИ ДРУГОЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК, ЧТО У ВАШЕГО РЕБЕНКА ЕСТЬ КАКИЕ-НИБУДЬ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ? (укажите ответ по каждой строке таблицы)

	Да	Нет	Не знаю
4.1. Сколиоз B01_04_01	1	2	3
4.2. Бронхиальная астма B01_04_02	1	2	3
4.3. Нарушение сердечного ритма B01_04_03	1	2	3
4.4. Хронические заболевания ЖКТ B01_04_04	1	2	3
4.5. Сахарный диабет (выберите один из вариантов) B01_04_05:	1	2	3
5а. Тип 1 <input type="checkbox"/> B01_04_00	1		
5б. Тип 2 <input type="checkbox"/>	1		
4.6. Врожденные пороки развития B01_04_06	1	2	3
4.7. Генетические и/или наследственные заболевания B01_04_07	1	2	3
4.8. Другое хроническое, укажите B01_04_08 _____			

5. УСТАНОВЛЕНА ЛИ РЕБЕНКУ ИНВАЛИДНОСТЬ? B01_05

1. Да
2. Нет
3. В процессе оформления
4. Не знаю
5. Отказ от ответа

6. ИМЕЕТ ЛИ РЕБЕНОК АЛЛЕРГИЮ НА ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ? B01_06

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить
4. Отказ от ответа

ОГРАНИЧЕНА ЛИ СПОСОБНОСТЬ РЕБЕНКА ...? (указать по каждой строке один вариант ответа)	НЕ ограничена	Да, отчасти ограничена	Да, существенно ограничена	Такая способность отсутствует
7. Видеть (даже в очках, если ребенок их носит) B01_07	1	2	3	4
8. Слышать (даже со слуховым аппаратом, если ребенок им)	1	2	3	4

- пользуется) *B01_08*
9. Самостоятельно двигаться согласно возрасту *B01_09*
- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|

10. ПОЛУЧАЛ ЛИ РЕБЕНОК КОГДА-ЛИБО В ТЕЧЕНИЕ 2–3 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ДНЕЙ ГРУДНОЕ МОЛОКО? *B01_10*

1. Да
2. Нет (*переход к вопросу 15*)
3. Отказ от ответа (*переход к вопросу 16*)

11. С КАКОГО ВОЗРАСТА НАЧАЛ ПОЛУЧАТЬ ГРУДНОЕ МОЛОКО? *B01_11*

Укажите число месяцев

12. ПОЛУЧАЕТ ЛИ СЕЙЧАС? *B01_12*

1. Да (*переход к вопросу 14*)
2. Нет
3. Отказ от ответа (*переход к вопросу 16*)

13. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ПЕРЕСТАЛ ПОЛУЧАТЬ ГРУДНОЕ МОЛОКО? (*указывается число от 0 до 35*) *B01_13*

Укажите число месяцев

14. ПОЛУЧАЛ ЛИ РЕБЕНОК ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ (ИЛИ ЕЩЕ ПРОДОЛЖАЕТ ПОЛУЧАТЬ), ТОЛЬКО ГРУДНОЕ МОЛОКО? *B01_14*

1. Да (*переход к вопросу 16*)
2. Нет (*переход к вопросу 16*)
3. Отказ от ответа (*переход к вопросу 16*)

На вопрос 15 не отвечают те, кто в вопросе 10 выбрал вариант 1 или 3.

15. ПОЧЕМУ РЕБЕНОК НЕ ПОЛУЧАЛ ГРУДНОГО МОЛОКА?

1. Не было молока *B01_15_01*
2. Болезнь матери *B01_15_02*
3. Болезнь ребенка *B01_15_03*
4. Нехватка или отсутствие времени у матери *B01_15_04*
5. Другая причина *B01_15_05*, укажите _____ *B01_15_00*
6. Затрудняюсь ответить *B01_15_06*
7. Отказ от ответа *B01_15_07*

16. ПОЛУЧАЛ ЛИ РЕБЕНОК КОГДА-ЛИБО В ТЕЧЕНИЕ 2–3 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ДНЕЙ АДАПТИРОВАННЫЕ МОЛОЧНЫЕ СМЕСИ (ЗАМЕНИТЕЛИ ГРУДНОГО МОЛОКА)? *B01_16*

1. Да
2. Нет (*переход к вопросу 20*)
3. Отказ от ответа (*переход к вопросу 20*)

17. С КАКОГО ВОЗРАСТА НАЧАЛ ПОЛУЧАТЬ АДАПТИРОВАННЫЕ МОЛОЧНЫЕ СМЕСИ? (указывается число от 0 до 35) *V01_17*

Укажите число месяцев

18. ПОЛУЧАЕТ ЛИ СЕЙЧАС АДАПТИРОВАННЫЕ МОЛОЧНЫЕ СМЕСИ? *V01_18*

1. Да (переход к вопросу 20)
2. Нет
3. Отказ от ответа (переход к вопросу 20)

19. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ПЕРЕСТАЛ ПОЛУЧАТЬ АДАПТИРОВАННЫЕ МОЛОЧНЫЕ СМЕСИ? (указывается число от 0 до 35) *V01_19*

Укажите число месяцев

20. ПОЛУЧАЛ ЛИ РЕБЕНОК КОГДА-ЛИБО В ТЕЧЕНИЕ 2-3 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ДНЕЙ ПРИКОРМ (ПРОДУКТЫ ПРИКОРМА)? Под прикормом понимают любую пищу, кроме грудного молока и адаптированной молочной смеси *V01_20*

1. Да
2. Нет (переход к вопросу 24)
3. Не знаю (переход к вопросу 24)
4. Отказ от ответа (переход к вопросу 24)

21. С КАКОГО ВОЗРАСТА НАЧАЛ ПОЛУЧАТЬ ПРИКОРМ? (указывается число от 0 до 35) *V01_21*

Укажите число месяцев

22. ПОЛУЧАЕТ ЛИ СЕЙЧАС ПРИКОРМ? *V01_22*

1. Да (переход к вопросу 24)
2. Нет
3. Отказ от ответа (переход к вопросу 24)

23. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ПЕРЕСТАЛ ПОЛУЧАТЬ ПРИКОРМ? (указывается число от 0 до 35). То есть перешел на общий стол *V01_23*

Укажите число месяцев

24. УКАЖИТЕ, КАКИМ БЫЛ ПРИ РОЖДЕНИИ РОСТ РЕБЕНКА? *V01_24*

1. Сантиметры (см) *V01_24_00*
2. Затрудняюсь ответить
3. Отказ от ответа

25. УКАЖИТЕ, КАКИМ БЫЛ ПРИ РОЖДЕНИИ ВЕС РЕБЕНКА? (укажите вес с точностью до 0.1 кг) *V01_25*

1. Вес в килограммах (кг) . *V01_25_00*
2. Затрудняюсь ответить
3. Отказ от ответа

26. КУРИЛА ЛИ МАТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ? *B01_26*

1. Да
2. Нет
3. Отказ от ответа

27. РЕБЕНОК РОДИЛСЯ В СРОК? *B01_27*

1. Да
2. Нет
3. Отказ от ответа

28. БЫЛИ ЛИ ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ РОДОВ (у ребенка)? *B01_28*

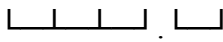
1. Да
2. Нет
3. Отказ от ответа

Раздел II. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ**29. УКАЖИТЕ У РЕБЕНКА:****Ноги** *B02_29_01*

1. есть обе ноги
2. отсутствует частично или полностью одна нога
3. отсутствуют частично или полностью обе ноги

Руки *B02_29_02*

4. есть обе руки
5. отсутствует частично или полностью одна рука
6. отсутствуют частично или полностью обе руки

30. ИЗМЕРЬТЕ И ЗАПИШИТЕ РОСТ РЕБЕНКА (*измерения проводятся с точностью до 0,5 см*). *B02_30*Измерения проводились Данные записаны со слов Измерения не проводились Сантиметры (см)  *B02_30_00*

Рост не измеряется если у респондента отсутствует хотя бы одна нога (необходимо наличие обеих ног).

31. ИЗМЕРЬТЕ И ЗАПИШИТЕ ВЕС РЕБЕНКА (*измерения проводятся с точностью до 0,1 кг*) V02_31

Вес с ребенком в килограммах
 [][][][] . [] V02_31_01

Измерения проводились

Вес без ребенка в килограммах
 [][][][] . [] V02_31_02

Вес ребенка в килограммах [][][] . []
V02_31_03

Данные записаны со слов

Вес ребенка в килограммах [][][] . []
V02_31_03

Измерения не проводились

Вес не должен измеряться если у респондента отсутствует хотя бы одна нога или рука (необходимо наличие обеих рук и ног).

Проставьте индивидуальный код члена домохозяйства (из Вопросника для домохозяйства), который дал сведения о ребенке по индивидуальному Вопроснику для детей [][] V02_32

Раздел I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 3–6 ЛЕТ

1. ПОЛ РЕБЕНКА K01_01

1. мужской
2. женский

2. ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

[][] [][] [][][][]
день месяц год
K01_02_01 K01_02_02 K01_02_03

3. КАК ВЫ САМИ ОЦЕНИВАЕТЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА?
K01_03

1. Очень хорошее
2. Хорошее
3. Удовлетворительное
4. Плохое
5. Очень плохое
6. Затрудняюсь ответить

4. ГОВОРИЛ ЛИ ВАМ ВРАЧ ИЛИ ДРУГОЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК, ЧТО У ВАШЕГО РЕБЕНКА ЕСТЬ КАКИЕ-НИБУДЬ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ? (укажите ответ по каждой строке таблицы)

	Да	Нет	Не знаю
1. Сколиоз <small>K01_04_01</small>	1	2	3
2. Бронхиальная астма <small>K01_04_02</small>	1	2	3
3. Нарушение сердечного ритма <small>K01_04_03</small>	1	2	3

4.	Хронические заболевания ЖКТ <i>K01_04_04</i>	1	2	3
5.	Сахарный диабет <i>K01_04_05</i> :	1	2	3
	5а. Тип 1 <input type="checkbox"/> <i>K01_04_00</i>	1		
	5б. Тип 2 <input type="checkbox"/>	1		
6.	Врожденные пороки развития <i>K01_04_06</i>	1	2	3
7.	Генетические и/или наследственные заболевания <i>K01_04_07</i>	1	2	3
8.	Другое хроническое, укажите какое <i>K01_04_08</i>			

5. УСТАНОВЛЕНА ЛИ РЕБЕНКУ ИНВАЛИДНОСТЬ? *K01_05*

1. Да
2. Нет
3. В процессе оформления
4. Не знаю
5. Отказ от ответа

6. ИМЕЕТ ЛИ РЕБЕНОК АЛЛЕРГИЮ НА ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ? *K01_06*

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить
4. Отказ от ответа

ОГРАНИЧЕНА ЛИ СПОСОБНОСТЬ РЕБЕНКА...?	НЕ ограничена	Да, отчасти ограничена	Да, существенно ограничена	Такая способность отсутствует
7. Видеть (даже в очках, если ребенок их носит) <i>K01_07</i>	1	2	3	4
8. Слышать (даже со слуховым аппаратом, если ребенок им пользуется) <i>K01_08</i>	1	2	3	4
9. Самостоятельно передвигаться (ходить, подниматься по лестнице, стоять) согласно возрасту <i>K01_09</i>	1	2	3	4

10. ВАШ РЕБЕНОК ПОСЕЩАЕТ ЛЮБЫЕ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ? *K01_10*

1. Да
2. Нет (*переход к вопросу 12*)
3. Отказ от ответа (*переход к вопросу 12*)

11. ВО ВРЕМЯ ИХ ПОСЕЩЕНИЯ ВАШ РЕБЕНОК ПРИНИМАЕТ ПИЩУ В СТОЛОВОЙ? (*еду, приготовленную вне дома*) *K01_11*

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить
4. Отказ от ответа

12. ПРИНИМАЕТ ЛИ РЕБЕНОК ЕЖЕДНЕВНО ГОРЯЧУЮ ПИЩУ (НЕ СЧИТАЯ НАПИТКОВ)? *K01_12*

1. Да, несколько раз в день
2. Да, один раз в день
3. Нет
4. Затрудняюсь ответить
5. Отказ от ответа

13. КАК ЧАСТО РЕБЕНОК ЗАВТРАКАЕТ? *K01_13*

1. Ежедневно, почти ежедневно
2. Несколько раз в неделю
3. Не завтракает
4. Затрудняюсь ответить
5. Отказ от ответа

14.1. СКОЛЬКО ДНЕЙ В ОБЫЧНУЮ НЕДЕЛЮ ВАШ РЕБЕНОК ОБЫЧНО ПОТРЕБЛЯЕТ ХЛЕБ И ХЛЕБОБУЛОЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ? *(в ответе указывается количество дней от 0 до 7, при ответе 0, переход к вопросу 15) K01_14_01*

Укажите количество дней _____

14.2. СКОЛЬКО ПОРЦИЙ ХЛЕБА И ХЛЕБОБУЛОЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ ВАШ РЕБЕНОК ПОТРЕБЛЯЕТ В ОДИН ИЗ ТАКИХ ДНЕЙ? *(«Порция» – это 2-3 кусочка хлеба, маленькая булочка, 1-2 средних баранки, сухаря, галеты или хлеба, 3-4 сушки) K01_14_02*

Укажите количество порций _____

15. КАК ЧАСТО ВАШ РЕБЕНОК УПОТРЕБЛЯЕТ...?

Интервьюер показывает Карточку № 1

	Ежедневно, несколько раз в день	Ежедневно	5–6 раз в неделю	2–4 раза в неделю	Раз в неделю	Менее раза в неделю	Никогда	Затрудняюсь ответить	Отказ от ответа
15.1 Фрукты, ягоды <i>K01_15_01</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.2 Овощи <i>K01_15_02</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.3 Соки фруктовые <i>(овощные) K01_15_03</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.4 Блюда из круп, каши, макаронных изделий <i>K01_15_04</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.5 Мясо, мясо птицы (отварное, жареное, тушеное) <i>K01_15_05</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.6 Вареные мясные изделия (сосиски, колбасу) <i>K01_15_06</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.7 Копченые мясные изделия <i>K01_15_07</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.8 Рыбу (отварную, жареную, соленую, копченую) <i>K01_15_08</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.9 Молоко и кисломолочные продукты <i>K01_15_09</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.10 Масло сливочное <i>K01_15_10</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.11 Спреды (маргарины) <i>K01_15_11</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.12 Сыр <i>K01_15_12</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9

15.13	Творог и творожные продукты <i>К01_15_13</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.14	Салатные заправки (<i>майонез, растительное масло</i>) <i>К01_15_14</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.15	Конфеты, торты, шоколад, мед, варенье <i>К01_15_15</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.16	Сладкие напитки и минеральную воду (<i>содержащие добавленные сахара газированная и негазированная</i>) <i>К01_15_16</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.17	Картофельные чипсы, сухарики, Крепдельки <i>К01_15_17</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.18	Готовые продукты, купленные в местах быстрого питания (« <i>фаст фуд</i> ») <i>К01_15_18</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.19	Орехи (<i>любые</i>), сухофрукты <i>К01_15_19</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9

16. ВАШ РЕБЕНОК ЗАНИМАЕТСЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ (В ТОМ ЧИСЛЕ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ) И/ИЛИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ИЛИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ И ГДЕ ИМЕННО? (можно указать несколько вариантов ответа)

1. В спортивном клубе/фитнес-центре/группе здоровья/образовательном учреждении/школе/детском саду/дошкольной организации (*если выбран вариант ответа 1, то вариант ответа 4 должен быть не доступен для выбора*) *К01_16_01*
2. Уроки физической культуры в образовательной организации (в том числе в детском саду)/школе (*если выбран вариант ответа 2, то вариант ответа 4 должен быть не доступен для выбора*) *К01_16_02*
3. Самостоятельно (дома/на улице) (*если выбран вариант ответа 3, то вариант ответа 4 должен быть не доступен для выбора*) *К01_16_03*
4. Не занимается (*если выбран вариант ответа 4, то варианты ответов 1, 2 и 3 должны быть не доступны для выбора*) (*переход к вопросу 19*) *К01_16_04*

17. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ В СРЕДНЕМ В НЕДЕЛЮ ВАШ РЕБЕНОК ЗАНИМАЕТСЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ И(ИЛИ) ДВИГАТЕЛЬНОЙ ИЛИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ, ВКЛЮЧАЯ СЕКЦИОННЫЕ (ОРГАНИЗОВАННЫЕ) ИЛИ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ ВИДАМИ СПОРТА, ОБЩЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКОЙ, САМОСТОЯТЕЛЬНЫМИ ЗАНЯТИЯМИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ, ПАРКОВЫХ И РЕКРЕАЦИОННЫХ ЗОНАХ, ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫХ КЛУБАХ? *К01_17*

1. Более 90 минут
2. От 75 минут до 90 минут
3. Менее 75 минут

На вопрос 18 отвечают те, кто в вопросе 16 выбрал вариант ответа 1 и/или 2.

18. СКОЛЬКО ОРГАНИЗАЦИЙ ВАШ РЕБЕНОК ПОСЕЩАЕТ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И/ИЛИ СПОРТОМ? *K01_18*

1. Одно
2. Несколько, укажите сколько _____ *K01_18_00*

19. ВАШ РЕБЕНОК ХОДИТ ИЛИ ИГРАЕТ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ, ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, НЕ МЕНЕЕ 10 МИНУТ, ВКЛЮЧАЯ ДОРОГУ ПЕШКОМ ДО МЕСТА УЧЕБЫ ИЛИ ЗАНЯТИЙ? *K01_19*

1. Да
2. Нет (*переход к вопросу 22*)
3. Отказ от ответа (*переход к вопросу 22*)

20. СКОЛЬКО ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ РЕБЕНОК ХОДИТ ИЛИ ИГРАЕТ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ НЕ МЕНЕЕ 10 МИНУТ? *K01_20*

Укажите количество дней

21. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ В СРЕДНЕМ В ДЕНЬ ЗАТРАТИЛ ВАШ РЕБЕНОК НА ХОДЬБУ ИЛИ ИГРЫ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ?

Укажите количество

<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
часов	минут
<i>K01_21_01</i>	<i>K01_21_02</i>

22. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ В СРЕДНЕМ В ДЕНЬ ВАШ РЕБЕНОК ПРОВОДИТ СИДЯ/ПОЛУЛЕЖА (НАПРИМЕР, ЗА УРОКАМИ, ЗА КОМПЬЮТЕРОМ, ЗА ЧТЕНИЕМ КНИГ ИЛИ ЗА ТЕЛЕВИЗОРОМ)? Исключая время сна

Укажите количество

<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
часов	минут
<i>K01_22_01</i>	<i>K01_22_02</i>

23. ЗА ПОСЛЕДНИЕ 7 ДНЕЙ, СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ В СРЕДНЕМ В ДЕНЬ ВАШ РЕБЕНОК ПОТРАТИЛ НА СОН, ВКЛЮЧАЯ ДНЕВНОЙ?

Укажите количество

<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
часов	минут
<i>K01_23_01</i>	<i>K01_23_02</i>

Раздел II. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ

24. УКАЖИТЕ У РЕБЕНКА:

Ноги *K02_24_01*

1. есть обе ноги
2. отсутствует частично или полностью одна нога
3. отсутствуют частично или полностью обе ноги

Руки *K02_24_02*

4. есть обе руки
5. отсутствует частично или полностью одна рука
6. отсутствуют частично или полностью обе руки

25. ИЗМЕРЬТЕ И ЗАПИШИТЕ РОСТ РЕБЕНКА (измерения проводятся с точностью до 0,5 см). K02_25

- Измерения проводились }
 Данные записаны со слов } Сантиметры (см) . K02_25_00
 Измерения не проводились

Рост не измеряется если у респондента отсутствует хотя бы одна нога (необходимо наличие обеих ног).

26. ИЗМЕРЬТЕ И ЗАПИШИТЕ ВЕС РЕБЕНКА (измерения проводятся с точностью

- Измерения проводились }
 Данные записаны со слов } Вес в килограммах . K02_26_00
 Измерения не проводились
- до 0,1 кг) K02_26

Вес не должен измеряться если у респондента отсутствует хотя бы одна нога или рука (необходимо наличие обеих рук и ног).

Проставьте индивидуальный код члена домохозяйства (из Вопросника для домохозяйства), который дал сведения о ребенке по индивидуальному Вопроснику для детей K02_27

Раздел I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 7–14 ЛЕТ

1. ПОЛ РЕБЕНКА C01_01

1. мужской
2. женский

2. ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

Число месяц год
 C01_02_01 C01_02_02 C01_02_03

3. В КАКОМ КЛАССЕ УЧИТСЯ РЕБЕНОК? C01_03

1. Укажите класс C01_03_00
2. Не учится в школе
3. Отказ от ответа

4. КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА? C01_04

1. Очень хорошее
2. Хорошее
3. Удовлетворительное
4. Плохое
5. Очень плохое
6. Затрудняюсь ответить

5. ГОВОРИЛ ЛИ ВАМ ВРАЧ ИЛИ ДРУГОЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК, ЧТО У ВАШЕГО РЕБЕНКА ЕСТЬ КАКИЕ-НИБУДЬ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ? (укажите ответ по каждой строке таблицы)

	Да	Нет	Не знаю
1. Сколиоз <i>C01_05_01</i>	1	2	3
2. Бронхиальная астма <i>C01_05_02</i>	1	2	3
3. Нарушение сердечного ритма <i>C01_05_03</i>	1	2	3
4. Хронические заболевания ЖКТ <i>C01_05_04</i>	1	2	3
5. Сахарный диабет <i>C01_05_05</i> :	1	2	3
5а. Тип 1 <input type="checkbox"/> <i>C01_05_00</i>	1		
5б. Тип 2 <input type="checkbox"/>	1		
6. Врожденные пороки развития <i>C01_05_06</i>	1	2	3
7. Генетические и/или наследственные заболевания <i>C01_05_07</i>	1	2	3
8. Другое хроническое, укажите какое <i>C01_05_08</i> _____			

6. УСТАНОВЛЕНА ЛИ РЕБЕНКУ ИНВАЛИДНОСТЬ? *C01_06*

1. Да
2. Нет
3. В процессе оформления
4. Не знаю
5. Отказ от ответа

7. ИМЕЕТ ЛИ РЕБЕНОК АЛЛЕРГИЮ НА ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ? *C01_07*

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить
4. Отказ от ответа

У РЕБЕНКА ОГРАНИЧЕНА СПОСОБНОСТЬ?

	НЕ ограничена	Да, отчасти ограничена	Да, существенно ограничена	Такая способность отсутствует
8. Видеть (даже в очках, если ребенок их носит) <i>C01_08</i>	1	2	3	4
9. Слышать (даже со слуховым аппаратом, если ребенок им пользуется) <i>C01_09</i>	1	2	3	4
10. Самостоятельно передвигаться (ходить, подниматься по лестнице, стоять) <i>C01_10</i>	1	2	3	4

11. КАК ЧАСТО РЕБЕНОК ЗАВТРАКАЕТ? *C01_11*

1. Ежедневно, почти ежедневно
2. Несколько раз в неделю
3. Не завтракает
4. Затрудняюсь ответить
5. Отказ от ответа

12.1. СКОЛЬКО ДНЕЙ В ТИПИЧНУЮ НЕДЕЛЮ ВАШ РЕБЕНОК ОБЫЧНО ПОТРЕБЛЯЕТ ХЛЕБ И ХЛЕБОБУЛОЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ? (в ответе указывается количество дней от 0 до 7, при ответе 0, переход к вопросу 13) *C01_12_01*

Укажите количество дней _____

12.2. СКОЛЬКО ПОРЦИЙ ХЛЕБА И ХЛЕБОБУЛОЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ ВАШ РЕБЕНОК ПОТРЕБЛЯЕТ В ОДИН ИЗ ТАКИХ ДНЕЙ? («Порция» – это 2-3 кусочка хлеба, маленькая булочка, 1-2 средних баранки, сухаря, галеты или хлебца, 3-4 сушки) *C01_12_02*

Укажите количество порций _____

13. КАК ЧАСТО ВАШ РЕБЕНОК ЕСТ...?

Интервьюер показывает Карточку № 1

	Ежеднев но, нескольк о раз в день	Ежедн евно	5–6 раз в неделю	2–4 раза в неделю	Раз в неделю	Менее раза в неделю	Никогда	Затрудняюсь ответить	Отказ от ответа
13.1 Фрукты, ягоды <i>C01_13_01</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.2 Овощи <i>C01_13_02</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.3 Соки фруктовые (овощные) <i>C01_13_03</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.4 Блюда из круп, каши, макаронных изделий <i>C01_13_04</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.5 Мясо, мясо птицы (отварное, жареное, тушеное) <i>C01_13_05</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.6 Вареные мясные изделия (сосиски, колбасу) <i>C01_13_06</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.7 Копченые мясные изделия <i>C01_13_07</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.8 Рыбу (отварную, жареную, соленую, копченую) <i>C01_13_08</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.9 Молоко и кисломолочные продукты <i>C01_13_09</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.10 Масло сливочное <i>C01_13_10</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.11 Спреды (маргарины) <i>C01_13_11</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.12 Сыр <i>C01_13_12</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.13 Творог и творожные продукты <i>C01_13_13</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.14 Салатные заправки (майонез, растительное масло) <i>C01_13_14</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.15 Конфеты, торты,	1	2	3	4	5	6	7	8	9

13.16	шоколад, мед, варенье <i>C01_13_15</i> Сладкие напитки и минеральную воду (<i>содержащие добавленные сахара газированная и негазированная</i>) <i>C01_13_16</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.17	Картофельные чипсы, сухарики, Крендельки <i>C01_13_17</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.18	Готовые продукты, купленные в местах быстрого питания («фаст фуд») <i>C01_13_18</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.19	Орехи (любые), сухофрукты <i>C01_13_19</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9

14. ПРИНИМАЕТ ЛИ РЕБЕНОК ЕЖЕДНЕВНО ГОРЯЧУЮ ПИЩУ (НЕ СЧИТАЯ НАПИТКОВ)? *C01_14*

1. Да, несколько раз в день
2. Да, один раз в день
3. Нет
4. Затрудняюсь ответить
5. Отказ от ответа

15. В ТЕЧЕНИЕ УЧЕБНОГО ДНЯ ВАШ РЕБЕНОК ЕСТ В СТОЛОВОЙ ИЛИ БУФЕТЕ ПРИ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ? *C01_15*

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить
4. Отказ от ответа

16. ВАШ РЕБЕНОК ЗАНИМАЕТСЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ (В ТОМ ЧИСЛЕ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ) И/ИЛИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ИЛИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ И ГДЕ ИМЕННО? (можно указать несколько вариантов ответа)

1. В спортивном клубе/фитнес-центре/группе здоровья/образовательном учреждении/школе/детском саду/дошкольной организации (*если выбран вариант ответа 1, то вариант ответа 4 должен быть не доступен для выбора*) *C01_16_01*
2. Уроки физической культуры в образовательной организации/школе (*если выбран вариант ответа 2, то вариант ответа 4 должен быть не доступен для выбора*) *C01_16_02*
3. Самостоятельно (дома/на улице) (*если выбран вариант ответа 3, то вариант ответа 4 должен быть не доступен для выбора*) *C01_16_03*
4. Не занимается (*если выбран вариант ответа 4, то варианты ответов 1, 2 и 3 должны быть не доступны для выбора*) (переход к вопросу 19) *C01_16_04*

17. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ В СРЕДНЕМ В НЕДЕЛЮ ВАШ РЕБЕНОК ЗАНИМАЕТСЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ (В ТОМ ЧИСЛЕ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ) И(ИЛИ) ДВИГАТЕЛЬНОЙ ИЛИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ, ВКЛЮЧАЯ СЕКЦИОННЫЕ (ОРГАНИЗОВАННЫЕ) ИЛИ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ ВИДАМИ СПОРТА, ОБЩЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКОЙ, САМОСТОЯТЕЛЬНЫМИ ЗАНЯТИЯМИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ, ПАРКОВЫХ И РЕКРЕАЦИОННЫХ ЗОНАХ, ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫХ КЛУБАХ? *C01_17*

1. Более 90 минут
2. Менее 90 минут

На вопрос 18 отвечают те, кто в вопросе 16 выбрал вариант ответа 1 и/или 2.

18. СКОЛЬКО ОРГАНИЗАЦИЙ ВАШ РЕБЕНОК ПОСЕЩАЕТ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И (ИЛИ) СПОРТОМ? *C01_18*

1. Одно
2. Несколько, укажите сколько _____ *C01_18_00*

19. ВАШ РЕБЕНОК ХОДИТ ИЛИ ИГРАЕТ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ, ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, НЕ МЕНЕЕ 10 МИНУТ, ВКЛЮЧАЯ ДОРОГУ ПЕШКОМ ДО МЕСТА УЧЕБЫ ИЛИ ЗАНЯТИЙ? *C01_19*

1. Да
2. Нет (*переход к вопросу 22*)
3. Отказ от ответа (*переход к вопросу 22*)

20. СКОЛЬКО ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ? *C01_20*

Укажите количество дней (от 1 до 7)

21. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ В СРЕДНЕМ В ДЕНЬ ТРАТИТ ВАШ РЕБЕНОК НА ХОДЬБУ ИЛИ ИГРЫ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ?

Укажите количество
 часов минут
C01_21_01 C01_21_02

22. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ В СРЕДНЕМ В ДЕНЬ ВАШ РЕБЕНОК ПРОВОДИТ СИДЯ/ПОЛУЛЕЖА (НАПРИМЕР, ЗА УРОКАМИ, ЗА КОМПЬЮТЕРОМ, ЗА ЧТЕНИЕМ КНИГ ИЛИ ЗА ТЕЛЕВИЗОРОМ)? Исключая время сна

Укажите количество
 часов минут
C01_22_01 C01_22_02

23. ЗА ПОСЛЕДНИЕ 7 ДНЕЙ, СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ В СРЕДНЕМ В ДЕНЬ ВАШ РЕБЕНОК ПОТРАТИЛ НА СОН, ВКЛЮЧАЯ ДНЕВНОЙ?

Укажите количество
 часов минут
C01_23_01 C01_23_02

Раздел II. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ

24. УКАЖИТЕ У РЕБЕНКА:

Ноги C02_24_01

1. есть обе ноги
2. отсутствует частично или полностью одна нога
3. отсутствуют частично или полностью обе ноги

Руки C02_24_02

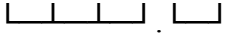
4. есть обе руки
5. отсутствует частично или полностью одна рука
6. отсутствуют частично или полностью обе руки

25. ИЗМЕРЬТЕ И ЗАПИШИТЕ РОСТ РЕБЕНКА (*измерения проводятся с точностью до 0,5 см*). C02_25

Измерения проводились

Данные записаны со слов

Измерения не проводились

Сантиметры (см)  C02_25_00

Рост не измеряется если у респондента отсутствует хотя бы одна нога (необходимо наличие обеих ног).

26. ИЗМЕРЬТЕ И ЗАПИШИТЕ ВЕС РЕБЕНКА

(измерения проводятся с точностью до 0,1 кг) C02_26


Измерения проводились

Данные записаны со слов

Измерения не проводились

Вес в килограммах  C02_26_00

Вес не должен измеряться если у респондента отсутствует хотя бы одна нога или рука (необходимо наличие обеих рук и ног).

Проставьте индивидуальный код члена домохозяйства (из Вопросника для домохозяйства), который дал сведения о ребенке по индивидуальному Вопроснику для детей  C02_27