

**KWESTIONARIUSZ WYWIADU Z RODZICAMI**

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

Placówka, do której uczęszcza dziecko:

Zgłaszany problem: (proszę wpisać w poniższym polu)

Czy dziecko było wcześniej badane psychologicznie, pedagogicznie, logopedycznie? Jeśli tak, to kiedy, z jakiego powodu i jakie były wyniki tych badań? (jeśli była wydana opinia/ orzeczenie to proszę ją załączyć do zgłoszenia)

**Dane dotyczące przebiegu ciąży i okresu okołoporodowego**

Która ciąża z kolei?

Czy miały miejsca poronienia?

Czy ciąża przebiegała prawidłowo? TAK / NIE

Jeśli NIE, proszę podać powód (hospitalizacje, przyjmowane leki, krwawienia itp.)

W którym tygodniu odbył się poród?

Czy poród był naturalny czy przeprowadzony drogą cesarskiego cięcia?

Jeśli poród odbył się drogami natury, proszę powiedzieć czy akcja porodowa była wywołwana? TAK / NIE

Czy poród przebiegał prawidłowo? TAK / NIE

Jeśli przebieg porodu był powikłany, proszę opisać na czym polegała trudność?

Waga urodzeniowa dziecka:

Długość dziecka:

Ilość punktów Apgar (jeśli mniejsza niż 10, proszę podać za co punkty zostały odjęte)

Czy dziecko urodziło się wydolne oddechowo? TAK / NIE

Czy zaistniała konieczność pobytu dziecka w inkubatorze? TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać jak długo dziecko przebywało w inkubatorze i z jakiego powodu.

Czy dziecko było karmione piersią / butelką? Jak długo? Czy występowały trudności z karmieniem (piersią/butelką) w wieku niemowlęcym?

--

Czy istniała konieczność przedłużenia hospitalizacji dziecka po porodzie z uwagi na czynniki zdrowotne? TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać powód

--

### **Dane dotyczące rozwoju psychoruchowego dziecka**

Proszę określić, w jakim wieku dziecko zaczęło:

gaworzyć	
samodzielnie siadać	
raczkować	
chodzić	
mówić pierwsze słowa	
łączyć słowa w proste zdania	

Czy pojawiły się nieprawidłowości w zakresie napięcia mięśniowego? Jeśli tak, proszę opisać jakie:

--

Czy dziecko posiada jakiegokolwiek wady rozwojowe? (wada kręgosłupa, niedowłady, porażenia kończyn)

--

Czy dziecko uczestniczyło w rehabilitacji ruchowej? Jeśli tak, proszę podać w jakim było wieku i przez jaki okres czasu fizjoterapia trwała.

--

### **Dane dotyczące stanu zdrowia dziecka**

Czy dziecko kiedykolwiek przebywało w szpitalu? TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać powód hospitalizacji oraz czas jej trwania, a także wiek dziecka w momencie pobytu szpitalu:

--

Czy występują u dziecka problemy z prawidłowym widzeniem? TAK / NIE

Jeśli TAK, jakie są to problemy? Czy dziecko nosi okulary? Jakiego ma szkła (wartość w dioptriach)?

--

Czy u dziecka występują trudności w zakresie prawidłowego słyszenia? TAK / NIE

Jeśli TAK, jakie są to problemy?

--

Czy dziecko jest pod opieką specjalistów (lekarz neurolog, psychiatra itp.) TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać u jakiego specjalisty oraz z jakiego powodu?

--

Proszę wymienić istotne lub nawracające choroby, które dziecko do tej pory przeżyło:

--

Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia? TAK / NIE

Jeśli TAK, to kiedy i w jakiej sytuacji doszło do omdlenia lub utraty przytomności, co było przyczyną itp.?

--

Czy dziecko miało jakieś urazy, wypadki, urazy głowy? Proszę podać okoliczności zdarzenia, jaki rodzaj urazu wystąpił, wiek dziecka, kiedy to się stało i formę leczenia (pobyt w szpitalu, porada lekarska, itp.)

--

Czy dziecko miało wykonywane badania specjalistyczne głowy; EEG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny? TAK / NIE

Czy dziecko przyjmuje na co dzień leki? TAK / NIE

Czy dziecko jest uczulone? TAK / NIE

Jeśli tak, na co jest uczulone? (pokarmy, leki itd.)

--

Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:

--

Czy dziecko jest/było pod opieką logopedy? TAK / NIE

Czy dziecko ma zdiagnozowany refluks? TAK / NIE

Czy dziecko ma zdiagnozowany przerost migdałów? TAK / NIE

Czy miało kiedykolwiek wysiękowe zapalenie ucha? TAK / NIE

Czy kiedykolwiek obserwowaliście Państwo u dziecka poniższe problemy? Jeśli tak – prosimy o dodatkowe informacje (od kiedy i jak długo trwały, czy nadal jest to problem, jakie były w związku z nimi podjęte działania)

Zaburzenia rozwoju mowy	
Lęki	

Lęk przed chodzeniem do szkoły	
Lęk przed rozstaniem z rodzicem	
Tiki	
Depresja/ obniżenie nastroju	
Myśli, bądź próby samobójcze/ samookaleczenia	
Używki	
Problemy z odżywianiem	
Trudności w relacjach z rówieśnikami	
Zachowania agresywne	
Wycofanie / nieśmiałość	
Nadwrażliwość	
Ograniczona dieta	

Czy obserwują/ obserwowali Państwo u dziecka: (proszę podkreślić)

- silne reakcje na dźwięki, ssanie palca, gryzienie przedmiotów, unikanie szczotkowania zębów, spanie z otwartą buzią, chrapanie, trudności z przyjmowaniem posiłków.

Jak opisalibyście Państwo swoje dziecko: (proszę podkreślić)

- **najczęściej jest:** pogodne, spokojne, ruchliwe, płaczliwe, lękliwe, zamknięte w sobie, odważne
- **w kontaktach z innymi dziećmi jest:** uległe, narzuca swoją wolę, współdziała, troskliwe, obojętne
- **w zdenerwowaniu lub złości najczęściej:** płacze, rzuca się na ziemię, bije innych, bije siebie, gryzie siebie, gryzie innych, szczypie siebie, szczypie innych, zamyka się w sobie, ustępuje

### Przebieg edukacji

Czy dziecko uczęszczało do żłobka? (jeśli tak, to proszę podać w jakim wieku rozpoczęło i jak przebiegała adaptacja)

Czy uczęszczało do przedszkola? (proszę podać w jakim wieku rozpoczęło, jak przebiegała adaptacja do warunków przedszkolnych)

Gdzie dziecko realizowało „0” roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne? – w przedszkolu, w szkole (proszę podkreślić)

Szkoła podstawowa (przebieg nauki, czy powtarzało klasę, zmieniało klasę lub szkołę, jakie były tego powody, inne informacje ważne Państwa zdaniem)

Szkołą ponadpodstawowa (przebieg nauki, czy powtarzało klasę, zmieniało klasę lub szkołę, jakie były tego powody, inne informacje ważne Państwa zdaniem)

Czy dziecko uczestniczy / uczestniczyło w zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych (terapia pedagogiczna)? TAK / NIE

W jaki sposób dziecko spędza czas wolny?

Jakie są mocne / słabe strony dziecka?

#### Dane dotyczące rodziny dziecka

Rodzina: pełna, niepełna, w separacji, w trakcie rozwodu, rodzice w nowych związkach (proszę podkreślić).

Inne osoby mieszkające we wspólnym gospodarstwie domowym.

Rodzeństwo (w tym rodzeństwo przyrodnie): proszę podać imiona, wiek

Jakie sytuacje trudne / kryzysowe miały miejsce w Państwa rodzinie?

**Inne informacje, które uważacie Państwo za istotne:**

**Wypełniał(a):**

**Podpisy rodziców/prawnych opiekunów:**