

KWESTIONARIUSZ FUNKCJONOWANIA DZIECKA

Drodzy Rodzice - zarezerwujcie sobie na wypełnienie kwestionariusza około 30 minut, nie spieszcie się, omówcie ze sobą pytania, które budzą w ocenie wątpliwości. Jeśli różnicie się w spostrzeżeniach - zaznaczcie to, lub jeśli Wasza ocena jest zupełnie inna, wypełnijcie dwa osobne dokumenty.

Przeczytajcie uważnie ankietę, otoczcie pętelką odpowiedzi TAK lub NIE. W przypadku kiedy odpowiedzi jest kilka, wybierzcie i podkreślcie wszystkie, które są zgodne z obecną sytuacją. Dopiszcie komentarz w wyznaczonych do tego miejscach. Szczerość i dokładność Waszych odpowiedzi pozwoli na trafne rozpoznanie trudności Dziecka i dobór odpowiedniej ścieżki diagnostycznej.

.....
Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Wiek

.....
Telefon

E-mail

POWÓD ZGŁOSZENIA.....
.....

INFORMACJE OGÓLNE

Imiona i wiek rodziców, zawód wykonywany.....

Imiona i wiek rodzeństwa -.....

Osoby mieszkające z dzieckiem.....

Zwierzęta domowe.....

Czy dziecko jest pod opieką specjalistycznych poradni? TAK/ NIE, jeśli tak - jakiej:

neurologicznej, psychiatrycznej, laryngologicznej, audiologicznej, pulmonologicznej, kardiologicznej, urologicznej, gastrologicznej, innej

Jeśli dziecko ma diagnozę lekarską, proszę podać jaką.....

Przyjmowane leki.....

WCZESNE DZIECIŃSTWO

1. Czy były jakieś komplikacje podczas ciąży lub porodu? TAK/ NIE

ciąża: leki, antybiotyki, zabiegi, stres, trauma, **poród:** wywołany, przedwczesny, siłami natury, cięcie cesarskie, vacuum, w którym tygodniu ciąży..... waga urodzeniowa dzieckaocena Apgar pkt.....

2. Czy we wczesnym dzieciństwie - do 2. roku życia dziecko wymagało pomocy fizjoterapeuty? TAK/NIE

Z jakiego powodu i jak długo

3. Czy miało infekcje ucha? TAK/NIE jak często.....

4. Czy doznało poważnych urazów lub hospitalizacji? TAK/NIE -

- powód.....
5. Czy dziecko nosi okulary? TAK/NIE - od kiedy.....powód.....
 6. Podaj przybliżony wiek, w którym dziecko osiągnęło następujące umiejętności:
Przetaczanie..... Samodzielne siadanie..... Raczkowanie..... Stanie.....
Chodzenie..... Pierwsze słowa..... Jazda na rowerze biegowym.....

SEN I ZASYPIANIE

1. Czy dziecko ma trudność z zasypianiem? TAK/NIE - opóźnia pójście do łóżka, kręci się w łóżku, nie może zasnąć, inne.....
2. Czy dziecko ma trudności ze snem? TAK/NIE - często się budzi, śpi bardzo czujnie
3. Co robi twoje dziecko, gdy się budzi? płacze, woła rodzica, pije, idzie do sypialni rodziców,.....
4. Jaki nastrój ma twoje dziecko rano po przebudzeniu? jest pogodne, zadowolone, marudne, zezłoszczone, zaspane.....
5. Czy dziecko wymaga pewnej rutyny w zasypianiu TAK/NIE
opisz.....

KARMIENIE

1. Czy było karmione piersią? TAK/NIE Jak długo?
2. Czy było karmione butelką? TAK/ NIE Jak długo.....
3. Czy często ulewało lub miało refluks? TAK/ NIE
4. Czy miało lub ma problemy z apetytem lub przyrostem masy ciała? TAK/ NIE
5. Czy miało lub ma problemy z oddychaniem? TAK/NIE -.....
6. Czy odmawia jedzenia, wypluwa lub przetrzymuje pokarm? TAK/NIE
7. Czy jest wrażliwe na takie cechy pokarmu jak: temperatura, struktura, kolor, produkty zmieszane?
8. Czy ma trudności z przyjmowaniem pokarmów? TAK/NIE - żuciem różnorodnych pokarmów, piciem przez słomkę, połykaniem różnych produktów, wypadaniem pokarmu z ust, częstymi zadławieniami?
9. Czy bada przedmioty przez wkładanie do ust? TAK/ NIE
10. Czy próbuje jeść szkodliwe lub niejadalne przedmioty/substancje lub wkłada je do ust? TAK/ NIE
11. Czy trudności dziecka wpływają na rodzinną atmosferę i harmonię w porze posiłków? TAK/ NIE
12. Gdzie dziecko je posiłki? z rodziną przy stole, przy swoim małym stoliku, jest karmione podczas różnych aktywności, przed ekranem, inne
13. Czy stosujecie specjalne procedury aby pomóc dziecku jeść posiłki?
.....

HIGIENA I TOALETA

1. Czy dziecko akceptuje czynności związane z toaletą i higieną? TAK/ NIE
2. Czy jest samodzielne w czynnościach pielęgnacyjnych? TAK/ NIE
3. Czy potrafi samodzielnie czyścić nos, myć zęby, twarz, wziąć kąpiel, czesać się? TAK/NIE
4. Jakie procedury stosujecie, aby pomóc dziecku w czynnościach

- pielęgnacyjnych?.....
5. Czy dziecko czuje sygnały z ciała dotyczące potrzeby skorzystania z toalety? TAK/NIE
 6. Czy ma problem z kontrolą pęcherza? TAK/NIE - moczy się w ciągu dnia, w nocy, podczas zabawy,
.....
 7. Czy ma problem z kontrolowaniem wydalania? TAK/NIE - ma zaparcia, biegunki, oddala pójście do toalety.
 8. Czy trudności dziecka wpływają na rodzinną atmosferę i harmonię? TAK/ NIE

UBIERANIE

1. Czy ma silne preferencje w doborze ubrań? TAK/ NIE
2. Czy ma trudność ze zmianą ubrań ze względu na porę roku / temperaturę? TAK/ NIE
3. Czy przeszkadzają mu właściwości ubrań - metki, szwy w skarpetach, sztywność, nowość, obcisłość, luźność
4. Jakie procedury pomagają dziecku?.....
5. Czy trudności dziecka wpływają na rodzinną atmosferę i harmonię? TAK/ NIE

FUNKCJONOWANIE W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ I SPOŁECZNEJ

1. Czy czujecie się ograniczeni w spotkaniach rodzinnych/ towarzyskich z powodu zachowania dziecka? TAK/ NIE
2. Czy dziecko toleruje zmiany osób, opiekunów, wychowawczyń w przedszkolu? TAK/NIE
3. Czy wasza rodzina jest w stanie realizować hobby i zainteresowania? Jak?
.....
4. Czy dziecko jest w stanie jeść w restauracjach, lubi wizyty w restauracjach? TAK/NIE
5. Czy czuje się niekomfortowo w windach, na ruchomych schodach lub w samochodzie? TAK/NIE
6. Czy nadmiernie reaguje na lekkie odczucia dotyku? TAK/NIE
7. Jakie rodzaje reakcji / zachowań wówczas przejawia?.....
8. Czy dziecko w osłabiony sposób reaguje na dotyk lub uderzenie się? TAK/ NIE
9. Czy czuje się źle w środkach transportu publicznego? TAK/ NIE
10. Czy ma trudności z głośnymi, zatłoczonymi imprezami sportowymi? TAK/ NIE
11. Czy ma trudności z oglądaniem występów publicznych? TAK/ NIE
12. Czy dziecko źle czuje się w dużych centrach handlowych, staniem w kolejce? TAK/NIE

EMOCJE

1. Czy dziecko wykazuje napady złości? TAK/NIE
Jak często występują? ile trwają?
2. Co wywołuje napady złości?.....
3. Opiszcie strategie, które są skuteczne w uspokajaniu dziecka.....
4. Czy dziecko łatwo eskaluje płacz/złość? TAK/NIE
5. Czy używa nietypowego powtarzającego się zachowania: trzepotanie rękoma, bujanie się, szybki oddech, mruczenie, gryzienie siebie, wkładanie przedmiotów do ust, zgrzytanie zębami
6. Czy ma trudności z komunikowaniem własnych potrzeb? TAK/NIE
7. Czy adekwatnie nawiązuje kontakt wzrokowy podczas rozmowy? TAK/NIE

8. Jak reaguje na swoje imię?
9. Jak reaguje na rozłąkę z rodzicami?.....
10. Czy zachowuje dystans w stosunku do obcych? TAK/ NIE
11. Czy unika inicjowania kontaktów z rówieśnikami? TAK/ NIE
12. Mówi monotonnym/śpiwnym tonem? TAK/NIE
13. Ma słabą artykulację i jego mowa jest trudna do zrozumienia? TAK/NIE

UMIEJĘTNOŚCI WSPÓŁPRACY

1. Czy dziecko jest w stanie bawić się samo? 1-2 minuty 2-5 minut 5-10 minut 10-30 minut 30+ minut
2. Jakie są preferowane przez dziecko zabawy?
3. Czy ma trudności z samodzielną zabawą (z wyjątkiem oglądania telewizji)? TAK/NIE
4. Czy ma trudności w kontaktach z innymi dziećmi? zabawą równoległą (obok innych dzieci)?, zabawą na niby? TAK/ NIE zabawą naprzemienną (raz ty - raz ja)? TAK/NIE
5. Czy ma silne pragnienie rytuałów lub kontroli? TAK/NIE
6. Na jakim sprzęcie na placu zabaw lubi się bawić? huśtawki, tunele, drabinki, karuzele, ścianka wspinaczkowa.....
.....
7. Jakiego wyposażenia placów unika?
8. Czy twoje dziecko wykazuje słabą świadomość bezpieczeństwa lub angażuje się w działania, które są potencjalnie niebezpieczne (np. skakanie bez względu na okoliczności)? TAK/ NIE

UMIEJĘTNOŚCI SENSORYCZNO-MOTORYCZNE

1. Czy dziecko staje się nadmiernie podekscytowane po aktywnościach ruchowych? TAK/NIE
2. Czy lubi być ciasno owinięte, czy szuka ciasnych przestrzeni? TAK/NIE
3. Czy energicznie potrząsa głową lub często przyjmuje pozycję do góry nogami? TAK/NIE
4. Czy ma słabą percepcję głębi (unika lub mruga, gdy piłka jest rzucona do niego, nie lubi chodzić po schodach)? TAK/ NIE
5. Jakie trudności w rozwoju ruchowym ma w porównaniu z rówieśnikami? skakanie, jazda na rowerze, hulajnodze?
6. Czy obawia się czynności wymagających równowagi, ma zawroty głowy spowodowane kołysaniem, wirowaniem łatwo traci równowagę?
7. Nie znosi pozycji, kiedy ma głowę odchyloną do tyłu, np podczas mycia głowy? TAK/ NIE
8. Obawia się upadku, gdy nie istnieje realne niebezpieczeństwo? TAK/ NIE
9. Ma lęk przed przebywaniem w przestrzeni lub byciem obróconym do góry nogami? TAK/ NIE
10. Przeciąga dłoń wzdłuż ściany podczas marszu? TAK/ NIE
11. Szuka możliwości podpierania się o przedmioty, meble? TAK/ NIE
12. Wydaje się słabsze lub mocniejsze niż rówieśnicy TAK/NIE
13. Czy słyszy dźwięki, których inni nie słyszą lub zanim zauważą inni? TAK/ NIE
14. Czy zasłania swoje uszy? TAK/ NIE, kiedy.....
15. Czy jest nadmiernie wrażliwe na światło w tym światło słoneczne? TAK/ NIE

JEŻELI UWAŻACIE, ŻE SĄ JESZCZE INNE WAŻNE INFORMACJE DO DIAGNOZOWANIA DZIECKA TO JE
OPISZCIE

.....
.....
.....
.....
.....

WAŻNE INFORMACJE

Prosimy o uzupełnienie wywiadu i dostarczenie go (w formie wydrukowanej lub poprzez e-doręczenia) do poradni **co najmniej 7 dni przed planowaną wizytą.**

Jeśli posiadacie Państwo **wyniki badań specjalistycznych**, które Waszym zdaniem mogą być pomocne, przynieście je na wizytę.

W przypadku, gdy jednym z powodów wizyty są trudności związane z jedzeniem:

W celu oceny umiejętności oralno-motorycznych związanych z obróbką pokarmową, proszę przynieść kilka obecnie spożywanych produktów:

- napoje: butelka, słomka, kubek, bidon;
- jedzonych łyżeczką: mus, budyń lub jogurt;
- pokarm chrupki: paluszki, chrupki;
- pokarm wymagający żucia: suszone mango, odkrojona skórka chleba, kawałek bajgla, brzeg pizzy;
- pokarm stanowiący wyzwanie dla dziecka: produkt, które dziecko postrzega jako trudny w obróbce.

Do zobaczenia :)
Zespół Małego Dziecka
PPP19