

WYWIAD O DZIECKU DLA ZESPOŁU KONSULTACYJNEGO

CZEŚĆ I

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka Pesel dziecka

Adres zamieszkania

Numer telefonu Adres e-mail

Jaki jest powód zgłoszenia dziecka? Co Państwa niepokoi w funkcjonowaniu dziecka?

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

Kto skierował dziecko na zespół konsultacyjny?

.....
.....

Czy dziecko uczęszcza:

- do żłobka / przedszkola : TAK / NIE

Jeśli TAK: od kiedy?..... Nazwa i adres placówki.....

.....

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na kontakt ze żłobkiem / przedszkolem :

TAK / NIE

Czy dziecko miało już kontakt z następującymi specjalistami?

	powód kontaktu	ogólne wnioski po konsultacji	czy i od kiedy dziecko zostało objęte terapią?	jaka jest częstotliwość spotkań z dzieckiem?
psycholog TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
logopeda TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
pedagog TAK <input type="checkbox"/>				

NIE <input type="checkbox"/>				
terapeuta SI TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				
rehabilitant TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>				

CZĘŚĆ II

Historia rozwoju dziecka

Ciąża i poród

Stan zdrowia rodziców (przebyte choroby, leczenie, konflikt serologiczny)

.....

Która ciąża z kolei: Przebieg ciąży (przyjmowane leki, zabiegi medyczne, dodatkowe badania, zalecenia lekarza, ogólne samopoczucie matki)

.....

Który poród z kolei?..... W którym tygodniu ciąży nastąpił poród?

Poród naturalny / cesarskie cięcie

Powód wykonania cesarskiego cięcia

.....

skala Apgar: waga urodzeniowa:..... wzrost:

Ewentualne powikłania okołoporodowe u dziecka, wykonane zabiegi medyczne

.....

Stan noworodka w dniu wypisu ze szpitala (dzień życia, stan dziecka, szczepienia, badania przesiewowe, zalecenia medyczne)

.....

Informacje o stanie zdrowia dziecka

Przebyte urazy, choroby

.....

.....

Leki przyjmowane przez czas dłuższy niż 2 miesiące (aktualnie lub w przeszłości).....

.....

Reakcje na szczepienia.....

.....

Czy dziecko było konsultowane przez lekarzy – obok daty proszę zaznaczyć czy to stała opieka czy jednorazowa konsultacja:

lekarz	data (rok)	wynik konsultacji
laryngolog TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
okulista TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
neurolog TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
psychiatra TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
rehabilitacji TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
inny lekarz – jaki?		

Rozwój dziecka

Funkcjonowanie w 1 roku życia (rozwój fizyczny, stan zdrowia, ogólny nastrój dziecka)

.....

.....

.....
.....
wiek siadania: wiek raczkowania: wiek chodzenia:.....

Przebieg karmienia/ nauki jedzenia

Karmienie piersią TAK - jak długo..... ; NIE

Smoczek TAK - jak długo..... ; NIE

Karmienie butelką ze smoczkiem TAK - jak długo..... ; NIE

Ewentualne problemy żywieniowe (np. ograniczenia repertuaru żywieniowego, nietolerancje,)

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

Samodzielność (ubieranie, korzystanie z toalety, jedzenie)

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

Ewentualne problemy ze snem (np. częste wybudzanie, długie usypianie)

.....
.....

Sposób oddychania podczas snu (buzia otwarta, zamknięta), chrapanie,

.....
.....

Rozwój mowy i komunikacji

Dźwięki wydawane przez dziecko ok. 3-4 m.ż (głuzenie), TAK / NIE

Gaworzenie TAK / NIE

od kiedy.....jakie sylaby.....

Pierwsze słowa znaczące, od kiedy.....jakie

Pierwsze proste zdanie, od kiedy.....jakie

Obserwowane trudności w rozwoju mowy

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

W co i czym dziecko lubi się bawić? W jaki sposób dziecko się bawi?

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

Czego nie lubi robić? Co sprawia dziecku trudność?

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

Sprawność fizyczna (jak dziecko radzi sobie na placu zabaw, podczas spacerów, w domu)

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

Jaki jest stosunek dziecka do rodziców, rodzeństwa i innych członków rodziny?

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

Czy dziecko nawiązuje kontakty z innymi dziećmi? (np. na placu zabaw, wśród znajomych, w przedszkolu) W jaki sposób?

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

Czy dziecko nawiązuje kontakty z dorosłymi? W jaki sposób?

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

Funkcjonowanie dziecka w żłobku/przedszkolu z perspektywy rodziców

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

Inne ważne obserwacje na temat przebiegu rozwoju dziecka

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

CZĘŚĆ III

Dane środowiskowe

DANE MATKI

wiek: wykształcenie:..... wykonywany zawód:.....

DANE OJCA

wiek: wykształcenie:..... wykonywany zawód:.....

DANE OPIEKUNÓW PRAWNYCH (W PRZYPADKU, GDY NIE SĄ NIMI RODZICE)

wiek: wykształcenie:..... wykonywany zawód:.....

wiek: wykształcenie:..... wykonywany zawód:.....

Stopień pokrewieństwa wobec dziecka:

Rodzeństwo dziecka (imiona, wiek, stan zdrowia i przebieg rozwoju)

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

Kto zajmuje się dzieckiem w ciągu dnia?

.....
.....

Warunki mieszkaniowe (liczba osób i pokoi)

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

Problemy zdrowotne i rozwojowe w rodzinie (w tym z mową)

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

Informacje uzupełniające wywiad (ważne wydarzenia w życiu rodziny, istotne informacje)

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

.....
data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów dziecka

Do wywiadu proszę dołączyć podpisany zał. nr 1

Do rozpatrzenia będą przyjmowane tylko kompletne dokumenty (wywiad wraz z zał nr 1)