

Szanowni Państwo

Bardzo prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Zawarte w nim informacje pozwolą nam na postawienie dokładniejszej diagnozy oraz na przygotowanie bardziej indywidualnego planu terapeutycznego dla Waszego dziecka.



Imię i nazwisko dziecka:
Data urodzenia:
Data wypełnienia kwestionariusza:

Jaki jest powód zgłoszenia się z dzieckiem do Poradni? Prosimy o opisanie konkretnych niepokojących Państwa problemów – kiedy się one zaczęły, jak się zmieniały w czasie? Dlaczego właśnie teraz zdecydowaliście się Państwo na konsultację?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Czy wcześniej szukaliście Państwo pomocy neurologicznej, psychologicznej lub psychiatrycznej? Jeśli tak prosimy o wypełnienie poniższej tabeli.

Rok, specjalista	Cel wizyty, postawiona diagnoza	Jakie zalecono leczenie, jakie przyniosło ono efekty?



Czy kiedykolwiek dziecko przyjmowało leki zapisywane przez neurologa lub psychiatrę?  
Jeśli tak prosimy o wypełnienie poniższej tabeli.

Nazwa i dawka leku, z jakiego powodu był podany	Okres podawania	Efekty leczenia

Czy dziecko było leczone na oddziale psychiatrycznym? Jeśli tak, prosimy o dołączenie kserokopii karty wypisowej.  
Prosimy o podanie listy wszystkich hospitalizacji.

---



---



---



---



---



---



---



---

### Informacje na temat rozwoju dziecka

#### 1. Ciąża

Była prawidłowa	Wystąpiły następujące problemy:
Czy w czasie ciąży mama piła alkohol, brała narkotyki, paliła papierosy?	

#### 2. Poród

o czasie	przedwczesny	opóźniony	Ilość punktów Apgar:
----------	--------------	-----------	----------------------

#### 3. Czy w czasie porodu wystąpiły jakieś powikłania?

Był prawidłowy	Wystąpiły następujące problemy:
----------------	---------------------------------



4. Czy w pierwszych latach życia rozwój dziecka był prawidłowy? Czy dziecko zaczęło siadać, stawać, chodzić w prawidłowym wieku?

Był prawidłowy	Wystąpiły następujące problemy:
----------------	---------------------------------

5. Czy rozwój mowy u dziecka był prawidłowy? Jeśli był opóźniony czy dziecko zaczęło mówić choć pojedyncze słowa przed ukończeniem drugiego roku życia?

Był prawidłowy	Wystąpiły następujące problemy:
----------------	---------------------------------

6. Czy dziecko lubi się przytulać, nawiązuje kontakt wzrokowy, uśmiecha się?

Tak	Nie, obserwujemy następujące problemy:
-----	--

7. Czy dziecko prawidłowo opanowało korzystanie z toalety?

Tak	Nie, obserwujemy następujące problemy:
-----	--

8. Czy po 5. roku życia występowały problemy z moczeniem się lub zanieczyszczaniem? Czy problem występuje obecnie?

Nie	Tak, obserwujemy następujące problemy:
-----	--

9. Czy dziecko cierpi z powodu chorób przewlekłych (np. problemy z tarczycą, astma, cukrzyca, problemy z sercem, padaczka)? Czy dziecko uległo poważnym wypadkom, urazom głowy? Jeśli tak prosimy o szczegółowe opisanie oraz dołączenie kserokopii kart informacyjnych oraz wyników najważniejszych badań.

Nie	Tak, są następujące problemy:
-----	-------------------------------



10. Czy dziecko było badane przez psychologa? Czy miało wykonane badanie w kierunku specyficznych trudności szkolnych, badanie inteligencji?

Nie było	Tak:
----------	------

11. Czy u dziecka rozpoznano następujące problemy, jeśli tak, to od kiedy występują, czy były leczone?

Tiki	Nie	Tak –
Zaburzenia rozwoju mowy	Nie	Tak –
Odmowa chodzenia do szkoły	Nie	Tak –
Depresja	Nie	Tak –
Natręctwa	Nie	Tak –
Papierosy	Nie	Tak –
Alkohol	Nie	Tak –
Narkotyki	Nie	Tak –

12. Czy dziecko miało problemy z prawem, ma kuratora sądowego, było usunięte ze szkoły?

Nie	Tak –
-----	-------



13. Czy dziecko chodziło do przedszkola? Jeśli tak czy obserwowaliście Państwo problemy związane z zachowaniem, nabywaniem nowych umiejętności czy kontaktami z innymi dziećmi (czy dziecko było lubiane, izolowało się, było odrzucane przez inne dzieci)? Czy takie problemy zgłaszały nauczycielki z przedszkola?

Nie	Tak, było OK	Tak, były następujące problemy:

14. Prosimy o opisanie zabaw dziecka (w wieku przedszkolnym, szkolnym) – czy bawi się podobnie jak rówieśnicy, tematycznie, potrafi bawić się „na niby” (np. zabawa w sklep, rodzinę), czy ma trudności z zabawą, bo łatwo się nudzi, albo chce narzucać swoje pomysły, nie umie dostosować się do innych, albo bawi się stereotypowo, stale powtarza te same zabawy?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

15. Jak dziecko uczy się w szkole, czy było odroczone, powtarzało klasy, ma problemy z nauką? Jakie oceny otrzymuje najczęściej?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



16. Czy dziecko przynosi uwagi ze szkoły, czy są powtarzające się, stałe skargi nauczycieli?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Informacje na temat rodziny

1. Jaki jest skład rodziny (pełna, niepełna, zrekonstruowana, zastępcza, dziecko wychowuje się w placówce opiekuńczej)? Kto jest opiekunem prawnym? Kto jest opiekunem faktycznym?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Czy dziecko ma rodzeństwo?

Imię, wiek	Czy występują jakieś problemy zdrowotne lub wychowawcze?

3. Prośba o wymienienie wszystkich dorosłych osób, które, oprócz rodziców, mieszkają wraz z dzieckiem.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



4. W jaki sposób rodzina jest rozlokowana w mieszkaniu?

Kuchnia	
I pokój	
II pokój	
III pokój	
IV pokój	

5. Informacje o mamie

Wiek	
Wykształcenie	
Czy mama pracuje, jest na urlopie wychowawczym, bezrobociu, rencie itp.	
Jaki jest stan zdrowia, czy mama leczy się z powodu chorób przewlekłych?	
Czy mama korzystała w swoim życiu z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, prosimy o podanie z jakiego powodu?	
Czy u mamy były próby samobójcze?	
Czy występują problemy z używkami – papierosy, alkohol, narkotyki?	
Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza u osób w młodym wieku?	
Czy w rodzinie były osoby, które korzystały z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak prosimy o podanie z jakiego powodu?	
Czy w rodzinie były próby samobójcze?	

**Dodatkowe istotne informacje:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



6. Informacje o tacie

Wiek	
Wykształcenie	
Czy tata pracuje, jest na urlopie wychowawczym, bezrobociu, rencie itp.	
Jaki jest stan zdrowia, czy tata leczy się z powodu chorób przewlekłych?	
Czy tata korzystał w swoim życiu z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, prosimy o podanie z jakiego powodu?	
Czy u taty były próby samobójcze?	
Czy występują problemy z używkami – papierosy, alkohol, narkotyki?	
Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza u osób w młodym wieku?	
Czy w rodzinie były osoby, które korzystały z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak prosimy o podanie z jakiego powodu?	
Czy w rodzinie były próby samobójcze?	

**Dodatkowe istotne informacje:**

---



---



---



---



---



---



---



---

Bardzo dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza.

