

# WYWIAD NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię, nazwisko, oraz rodzaj pokrewieństwa osoby uzupełniającej wywiad)

RODZINA				
Imię i nazwisko dziecka				
	Imię i nazwisko	Wiek	Wykształcenie / Szkoła - klasa	Wykonywany zawód
Dane matki/opiekuna prawnego				
Dane ojca/opiekuna prawnego				
Rodzeństwo dziecka				
	<b>Proszę o wypisanie wszystkich innych osób, mieszkających z dzieckiem</b>			
Domownicy	..... ..... .....			

**SPECJALISTYCZNE BADANIA**

<b>Konsultacja</b>	<b>Czy dziecko było kiedykolwiek konsultowane NIE/TAK</b>	<b>W którym miesiącu/ roku</b>	<b>Z jakiego powodu</b>	<b>Wyniki konsultacji</b>	<b>Zalecenia lekarza</b>
<b>Okulistyczna</b>					
<b>Laryngologiczna</b>					
<b>Neurologiczna</b>					
<b>Alergologiczna</b>					
<b>Endokrynologiczna</b>					
<b>Psychiatryczna</b>					
<b>Kardiologiczna</b>					
<b>Rehabilitacja</b>					
<b>Inne</b> .....					
<b>Inne</b> .....					

## EDUKACJA

	Nazwa ośrodka i adres	Grupa w której jest dziecko	Od którego roku życia dziecko uczęszcza do placówki	Informacja o adaptacji dziecka	Czy była zmiana wychowawcy lub grupy
Żłobek/ Klub Malucha					
Przedszkole					
Aktualna (jeśli dziecko zmieniało placówkę)					
Kto opiekował się dzieckiem, jeśli nie uczęszczało do ww. placówek					

DIAGNOZA	Kiedy/gdzie	Wyniki diagnozy
Psychologiczna		
Pedagogiczna		
Logopedyczna		
Integracji Sensorycznej		

## CZY DZIECKO KORZYSTAŁO / KORZYSTA Z ZAJĘĆ WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

(Jeśli posiadają Państwo dokumentację papierową niżej wymienionych oddziaływań, prosimy o załączenie jej do składanego wniosku)

	Kiedy/gdzie/okres czasowy	W jakim wymiarze
Zajęcia ogólnorozwojowe		
Zajęcia rozwijające kompetencje społeczno-emocjonalne		
Terapia logopedyczna		
Terapia Integracji Sensorycznej		
Rehabilitacja		
Terapia ręki		
Psychoterapia (indywidualna, grupowa, rodzinna)		
Inne .....		

### CIAŻA I JEJ PRZEBIEG

- **Która to ciąża z kolei:**
- **Stan zdrowia matki w czasie ciąży:** (zatrucia, urazy, infekcje, narkozy, przyjmowane leki, środki znieczulające, stres, konflikt serologiczny)  
.....  
.....  
.....  
.....
- **Samopoczucie matki w czasie ciąży:** .....
- **Termin porodu:** przedwczesny (ile) ..... / o czasie / po terminie (ile) .....

- **Poród:** siłami natury / kleszczowy / cesarskie cięcie (z jakiego powodu) / inne nieprawidłowości

.....

.....

.....

- **Czy dziecko było w inkubatorze:** NIE / TAK ..... (z jakiego powodu)

- **Depresja poporodowa:** NIE / TAK

- **Waga urodzeniowa:** ..... **wzrost:** .....

- **Ocena w skali Apgar:** 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**Za co mniejsza ilość punktów:** czynność serca / oddech / napięcie mięśni / odruchy / zabarwienie skóry

### OKRES NIEMOWLĘCY

- **Czy matka karmi/ła piersią:** TAK ..... / NIE ..... (jak długo) (z jakiego powodu)

- Od kiedy jest/ był pokarm sztuczny: .....

- Kiedy dziecko zostało odstawione od piersi: .....

- **Czy dziecko dobrze je/jadło:** TAK / NIE .....

- **Czy dziecko prawidłowo śpi/spało:** TAK / NIE .....

- **Czy dziecko śpi/spało samo:** TAK / NIE

- Z kim i dlaczego: .....

- Czy sen jest/był: TWARDY / SPOKOJNY / DZIECKO BUDZI SIĘ Z PŁACZEM / DZIECKO DRŻY W NOCY

- **Czy występują/występowały kolki:** NIE / TAK → ..... (jak długo, kiedy)

- **Czy dziecko:** ma/miało smoczek ..... / ssie/ssało palec ..... (jak długo) (jak długo)

<b>CZY DZIECKO WYKONUJE DANĄ CZYNNOŚĆ LUB OD KIEDY ZACZĘŁO JĄ WYKONYWAĆ</b>	
<b>Gruchać / głużyć</b>	
<b>Gaworzyć</b>	
<b>Odwracać się w kierunku ludzkiego głosu</b>	
<b>Odwracać głowę w kierunku dźwięku</b>	
<b>Zatrzymywać wzrok na twarzy podczas kontaktu z dzieckiem</b>	
<b>Odwzajemniać uśmiech</b>	
<b>Wodzić wzrokiem za poruszonym przedmiotem</b>	
<b>Różnicować bliskich i obcych</b>	
<b>Mówić: <i>tata, mama</i></b>	
<b>Rozumieć „nie”</b>	
<b>Mówić niezrozumiale z intonacją</b>	
<b>Pokazywać części ciała</b>	
<b>Mówić zrozumiale (niektóre słowa)</b>	
<b>Mówić pierwsze wyrazy/zdania</b>	

<b>CZY DZIECKO WYKONUJE DANĄ CZYNNOŚĆ LUB OD KIEDY ZACZĘŁO JĄ WYKONYWAĆ</b>	
<b>W pozycji na brzuchu unosi głowę</b>	
<b>Przewraca się z brzucha na plecy i z pleców na brzuch</b>	
<b>Podpiera się na przedramionach i czy potrafi w tej pozycji sięgnąć po zabawkę</b>	
<b>Trzyma w ręku włożoną mu zabawkę</b>	
<b>Samodzielnie bierze do ręki zabawkę</b>	
<b>Przekłada zabawkę z ręki do ręki</b>	
<b>Bawi się w zabawę „akuku”</b>	
<b>Poszukuje ukrytej przy nim zabawki</b>	

<b>CZY DZIECKO WYKONUJE DANĄ CZYNNOŚĆ LUB OD KIEDY ZACZĘŁO JĄ WYKONYWAĆ</b>	
<b>Rzuca zabawką i obserwuje jak ona spada</b>	
<b>Siadać</b>	
<b>Raczkować</b>	
<b>Wstawać/stać samo</b>	
<b>Chodzić samodzielnie</b>	
<b>Chodzić po schodach</b>	
<b>Skakać obunóż</b>	
<b>Jeździć na rowerze trzykołowym/dwukołowym</b>	

### **TRENING CZYSTOŚCI I SAMODZIELNOŚCI**

<b>ZACHOWANIE DZIECKA</b>	<b>W JAKIM STOPNIU DZIECKO OPANOWAŁO UMIEJĘTNOŚĆ</b>	<b>W jakim wieku DZIECKO ZDOBYŁO UMIEJĘTNOŚĆ ORAZ W JAKIM CZASIE</b>  (wolno – średnio – szybko – bardzo szybko)	<b>INNE WAŻNE INFORMACJE ZWIĄZANE Z UMIEJĘTNOŚCIĄ</b>  (np. chowanie się podczas chęci wypróżniania, chlapanie wodą, połykanie pasty)
<b>WYPRÓŻNIANIE SIĘ</b>			
<b>Regularne wypróżnianie się (siku, kupa)</b>			
<b>Wypróżnianie się do pampersa</b>			
<b>Informowanie otoczenia o chęci wypróżnienia się</b>			
<b>Korzystanie z nocnika</b>			
<b>Korzystanie z toalety</b>			
<b>Moczenie nocne (u dzieci już z odstawioną pieluchą)</b>			
<b>HIGIENA OSOBISTA</b>			
<b>Mycie rąk</b>			
<b>Mycie zębów</b>			
<b>Kąpiel całego ciała</b>			
<b>Mycie włosów</b>			

ZACHOWANIE DZIECKA	W JAKIM STOPNIU DZIECKO OPANOWAŁO UMIEJĘTNOŚĆ	W jakim wieku DZIECKO ZDOBYŁO UMIEJĘTNOŚĆ ORAZ W JAKIM CZASIE (wolno – średnio – szybko – bardzo szybko)	INNE WAŻNE INFORMACJE ZWIĄZANE Z UMIEJĘTNOŚCIĄ (np. płucie, krztuszenie się, nadmierne ślinienie, wymiotowanie, czkawka)
<b>JEDZENIE</b>			
Korzystanie z butelki (picie wody, jedzenie kaszki)			
Picie z kubka (samodzielnie, z pomocą)			
Karmienie dziecka łyżeczką			
Dziecko samodzielnie chwytą i je łyżeczką			
Dziecko je samodzielnie podany posiłek (nie zmiksowany) – umie gryźć, korzystać ze sztuczków			

### STAN ZDROWIA

- **Obecna waga:** ..... **wzrost:** .....
  - Czy dziecko ma/miało nadwagę NIE / TAK (od kiedy) .....
  - Czy dziecko ma/miało niedowagę NIE / TAK (od kiedy) .....
- **Czy u dziecka zdiagnozowano zespół genetyczny, chorobę przewlekłą:** (kiedy, jaką)
 

.....

.....
- **Przebyte choroby:** (jakie, rok) .....
 

.....

.....

.....
- **Urazy, złamania, skręcenia, oparzenia:** (jakie, rok) .....
 

.....

.....

.....



• **Przewidywane operacje, zabiegi i itp.:**

.....

.....

.....

• **Czy dziecko jest alergikiem:** NIE / TAK .....

(na co dziecko jest uczulone)

○ było / jest / będzie odczulane .....

(kiedy)

○ czy zażywa leki na alergię: .....

(jakie)

• **Czy u dziecka występują jakieś inne dolegliwości:** .....

.....

.....

.....

• **Sen** (dodatkowo do wypełnienia dla rodzica dziecka, które ukończyło 24-ty miesiąc życia)

○ O której godzinie dziecko idzie spać / zasypia: .....

○ Czy dziecko **śypia** samo: TAK / NIE (z kim śpi, jak często tak jest, dlaczego) .....

.....

○ Czy dziecko **zasypia** samo: TAK / NIE (z kim zasypia, jak często tak jest) .....

.....

○ Czy są **trudności** ze snem/z zasypianiem: .....

○ Czy dziecko **budzi się w nocy:** (jak często, z jakiego powodu – czy ma lęki, ma koszmary, moczy się w nocy)

.....

.....

○ O której godzinie dziecko wstaje rano: .....

○ Czy dziecku trudno jest się rano „dobudzić” NIE / TAK (jak to wygląda) .....

.....

.....

.....

• **Przyjmowane leki:** (w przeszłości i obecnie)

NAZWA LEKU	DAWKOWANIE	POWÓD ZARZYWANIA, KTO ZALECIŁ	OD KIEDY DO KIEDY BYŁO/JEST ZAŻYWANE

• Czy u dziecka występuje któraś z poniższych reakcji

<b>OBJAW</b>	<b>CZY WYSTĄPIŁ KIEDYŚ W ŻYCIU DZIECKA (tak/nie )</b>	<b>KIEDY WYSTĘPUJE</b>  (w jakich sytuacjach, np. w weekend, w kontakcie z jakąś osobą, codziennie rano, popołudniami, przed snem, na wycieczkach itp.)	<b>CZĘSTOTLIWOŚĆ</b>  (raz w życiu, raz na rok, codziennie, np.3 razy w miesiącu, nigdy)
<b>Krwotok z nosa</b>			
<b>Zawroty głowy</b>			
<b>Omdlenia</b>			
<b>Drgawki</b>			
<b>Bóle brzucha</b>			
<b>Obgryzanie paznokci, skórek</b>			
<b>Natrętne myśli, czynności</b> (np. dziecko nie chce stanąć na przecięciach płytek na chodniku, różne czynności wykonuje zawsze np. 4 razy)			
<b>Tiki</b> (np. ruchy ręką, nadmierne mruganie oczami, wydawanie różnych dźwięków)			
<b>Pocieranie intymnych części ciała, onanizm dziecięcy</b>			
<b>Nadwrażliwość zmysłowa na dźwięki, dotykowa, węchowa, smakowa, lub inne</b>			
<b>Chowana się</b> (dziecko często ukrywa się w domu „dla zabawy” np. w szafie, pod łóżkiem, w ciasnych pomieszczeniach – ale nie podczas zabawy w chowanego)			
<b>Wybiórczość pokarmowa</b>			
<b>Inne</b> .....			

**FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE I EMOCJONALNE**

• **Czas wolny i zabawa**

- Czy dziecko samo potrafi zorganizować sobie czas wolny: TAK / NIE
- W czasie wolnym dziecko najchętniej zajmuje się: .....
- .....
- .....

- **Zainteresowania dziecka:** .....
- **Proszę podać trzy dominujące cechy charakteru dziecka:** .....
- **Proszę podać mocne strony dziecka:** (z czym dziecko sobie dobrze radzi, co dziecku przychodzi z łatwością, czego się szybko uczy) .....
- **Proszę opisać jak dziecko reaguje w następujących sytuacjach:**
  - Sukcesów: (np. ułożenie puzzli, klocków, opanowanie jazdy na rowerze, itp.) .....
  - Niepowodzeń: (np. przegrana) .....
  - Inne sytuacje trudne/nowe: .....
- **Czy u dziecka występują następujące zachowania:**
  - Rytuały NIE / TAK: .....
  - Stereotypie: (powtarzalne wzorce zachowań, aktywności) NIE / TAK .....
- **Jakie relacje ma dziecko:**
  - Z dorosłymi: .....
  - Z innymi dziećmi: .....
- **Czy dziecko potrafi dzielić się z innymi osobami:**
  - Swoją radością, osiągnięciami, zainteresowaniami: .....
  - Przedmiotami, zabawkami: .....
- **Czy dziecko potrafi:**
  - Rozpocząć rozmowę TAK / NIE .....
  - Podtrzymać rozmowę TAK / NIE .....
  - Nawiązać kontakt wzrokowy TAK / NIE .....
  - Podtrzymać kontakt wzrokowy TAK / NIE .....
  - Zrozumieć metafory i przenieś TAK / NIE .....
  - Samodzielnie zastosować metafory i przenieś TAK / NIE .....

- Odczytać emocje innej osoby TAK / NIE .....
  - Adekwatnie zareagować na emocje innej osoby TAK / NIE .....
  - **Czy dziecko posiada swój własny pokój/miejsce do zabawy:** TAK / NIE
  - **Czy dziecko jest samodzielne i w jakim zakresie:**
    - Higiena osobista: .....
    - Ubieranie/rozbieranie: .....
    - Jedzenie: .....
  - **Inne informacje i sugestie, które chcielibyście Państwo przekazać:**  
.....  
.....  
.....
-