

SPECJALISTYCZNE BADANIA

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

EDUKACJA					
	Nazwa ośrodka	Adres ośrodka	Grupa/klasa w której jest dziecko	Od którego roku życia dziecko uczęszcza do placówki	Inne ważne dane na temat ośrodka
Żłobek/ Klub Malucha					
Przedszkole					
Szkoła					
Szkoła aktualna (jeśli dziecko zmieniało placówkę)					

DIAGNOZA	Kiedy/gdzie	Wyniki diagnozy
Psychologiczna		
Pedagogiczna		
Logopedyczna		
Integracji Sensorycznej		

CZY DZIECKO MIAŁO ZALECONE KTÓREŚ Z PONIŻSZYCH ODDZIAŁYWAŃ

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

	Kiedy/gdzie/okres czasowy	W jakim wymiarze
Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne		
Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze		
Terapia logopedyczna		
Terapia Integracji Sensorycznej		
Terapia EEG-Biofeedback		
Rehabilitacja		
Terapia ręki		
Psychoterapia (indywidualna, grupowa, rodzinna)		
Inne		

• W jaki sposób trudności z mową wpływają na codzienne funkcjonowanie dziecka w domu

- W jaki sposób dziecko komunikuje się z domownikami:
- Czy Państwo rozumiecie mowę swojego dziecka?
- Czy mówi wyrazy, zdania?
- Czy ma „swoje własne” słowa? (jakie)
- Czy jego mowa jest zrozumiała dla obcych?
- Czy w kontakcie z innymi potrzebny jest „tłumacz” np. mama?

- **W jaki sposób trudności z mową wpływają na codzienne funkcjonowanie dziecka w placówce:**

.....

.....

- **Czy u dziecka występują trudności w sferze ruchowej i jak wpływają na codzienne funkcjonowanie dziecka:** (utrudnienia, ograniczenia)

- **Motoryka duża:** (jazda na rowerze, wchodzenie i schodzenie po schodach, bieganie, podskoki na jednej nodze lub obunóż, potykanie się):

.....

.....

- **Motoryka mała:** (język, ręce, domykanie ust, ślinienie się, zakrztuszanie, trudności w połykaniu, manipulacje dłońmi, lateralizacja):

.....

.....

- **Czy dziecko korzysta/korzystało z alternatywnych i/lub wspomagających form komunikacji:** (proszę podkreślić)

- **Znaki manualne:** znaki manualne Makaton, język migowy, alfabet palcowy (daktylografia), gesty naturalne lub inne

- **Znaki graficzne:** rysunki, zdjęcia symbole Bliss, PCS, piktogramy, lub inne

.....

- **Pomoce komunikacyjne:** tablice wyboru, tablice uczestnictwa np. w zabawie, tablice kontekstowe, tablice tematyczne, tablice do nauki konwersacji, osobiste słowniki, tablice lub książki do komunikacji lub inne

.....

- **Pismo:** litery, sylaby, wyrazy, zdania

- **Pomoce elektroniczne:** komunikatory, syntezatory mowy, program „Mówik”, system FM lub inne

.....

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, jaki/jaką)

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

- **Czy dziecko korzystało / korzysta z rehabilitacji ruchowej NIE / TAK:**

- Kiedy:
- Od kiedy:
- Jak często:
- W jakiej formie:

- **Czy dziecko jest alergikiem: NIE / TAK**

(na co dziecko jest uczulone)

- było / jest / będzie odczulane.....
- czy zażywa leki na alergię:

(kiedy)

(jakie)

- **Czy u dziecka występują jakieś inne dolegliwości:**

.....

.....

.....

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

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

- **Sen**
 - O której godzinie dziecko idzie spać / zasypia:
 - Czy dziecko **sypia** 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)
 -
 -

FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE I EMOCJONALNE

- **W jakim wieku dziecko poszło do 1 klasy:** 6 lat / 7 lat / 8 lat / 9 lat → odroczony obowiązek szkolny
 - Z jakiego powodu było odroczenie obowiązku szkolnego:
 - Dziecko poszło do 1 klasy ze swoją grupą z zerówki: TAK / NIE
- **Czy dziecko na etapie szkolnym powtarzało klasę:** NIE / TAK
 - Którą klasę: w którym roku szkolnym:
- **Czy dziecko na etapie szkolnym otrzymało warunkową promocję:** NIE / TAK
 - W której klasie w którym roku szkolnym:
- **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)
-
-
-

- **Czas wolny**

- Czy dziecko samo potrafi zorganizować sobie czas wolny TAK / NIE

- W czasie wolnym dziecko najchętniej zajmuje się:

zabawkami, rysowaniem, malowaniem, lepieniem z plasteliny, modeliny, zabawą w ciastolinie, bieganiem, kręceniem przedmiotami, tańcem, budowaniem z klocków, oglądaniem TV, składanie modeli, graniem na komórce/tablecie/komputerze/x-boxa/PlayStation, oglądaniem książek, czasopism, czytaniem książek, czasopism, słuchaniem czytanych bajek, pomaganiem w codziennych czynnościach, majsterkowanie inne

- **Proszę opisać jak dziecko reaguje w następujących sytuacjach:**

- Sukcesów: (np. opanowanie jazdy na rowerze, wygrany konkurs, ułożenie puzzli itp.)

- Niepowodzeń: (np. przegrana)

- Inne sytuacje trudne/nowe:

- **Jakie relacje ma dziecko z innymi dziećmi:**

- **Czy dziecko posiada obowiązki w domu:** (jakie)

- **Czy dziecko jest samodzielne i w jakim zakresie:**

- Higiena osobista:

- Ubieranie/rozbieranie:

- Jedzenie:

- **Inne informacje i sugestie, które chcielibyście Państwo przekazać:**

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

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 karmiła piersią:** TAK / NIE
(jak długo) (z jakiego powodu)
 - Od kiedy był pokarm sztuczny:
 - Kiedy dziecko zostało odstawione od piersi:
- **Czy dziecko dobrze jadło:** TAK / NIE

- **Czy dziecko prawidłowo spało:** TAK / NIE
- **Czy dziecko spało samo** TAK / NIE
 - Z kim spało i dlaczego:
 - Czy sen był: TWARDY / SPOKOJNY / DZIECKO BUDZI SIĘ Z PŁACZEM / DZIECKO DRŻY W NOCY
- **Czy występowały kolki:** NIE / TAK →
(jak długo, kiedy)
- **Czy dziecko:** miało smoczek / **ssało palec**
(jak długo) (jak długo)

KIEDY DZIECKO ZACZĘŁO	
Gruchać / głużyć	
Odwracać się w kierunku ludzkiego głosu	
Gaworzyć	
Mówić: <i>tata, mama</i>	
Rozumieć „nie”	
Mówić niezrozumiale z intonacją	
Pokazywać części ciała	
Mówić zrozumiale (niektóre słowa)	
Mówić pierwsze wyrazy/zdania	

KIEDY DZIECKO ZACZĘŁO	
Siadać	
Raczkować	
Wstawać/stać samo	
Chodzić samodzielnie	
Chodzić po schodach	
Skakać obunóż	
Jeździć na rowerze trzykołowym/dwukołowym	

TRENING CZYSTOŚCI I SAMODZIELNOŚCI

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. chowanie się podczas chęci wypróżniania)
WYPRÓŻNIANIE SIĘ			
Regularne wypróżnianie się (siku, kupa)			
Wypróżnianie się do pampersa			
Informowanie otoczenia o chęci wypróżnienia się			
Korzystanie z nocnika			
Korzystanie z toalety			
Moczenie nocne (u dzieci już z odstawioną pieluchą)			
HIGIENA OSOBISTA			
Mycie rąk			
Mycie zębów			
Kąpiel całego ciała			
Mycie włosów			
JEDZENIE			
Karmienie dziecka łyżeczką			
Dziecko samodzielnie chwytą i je łyżeczką			
Dziecko je samodzielnie podany posiłek (nie zmiksowany) – umie gryźć, korzystać ze sztucców			

FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE I EMOCJONALNE

- **Czy dziecko chodziło do żłobka:** TAK / NIE

- Gdzie:
- Jak długo/jak się zaadaptowało:
- Kto opiekował się dzieckiem:

- **Czy dziecko chodziło do przedszkola:** TAK / NIE

- Gdzie:
- W jakim wieku dziecko poszło do przedszkola:
- W jaki sposób przebiegała adaptacja:
-
- Czy były zmiany wychowawcy: NIE / TAK

.....
(jak dziecko zareagowało)