

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		

STAN ZDROWIA

- **W jaki sposób choroba wpływa na codzienne funkcjonowanie dziecka:** (utrudnienia, ograniczenia)

○ W domu:

○ W placówce (przedszkole klasa „0”/szkoła):

- **Czy w przebiegu choroby dziecko korzysta z przedmiotów lub sprzętów ułatwiających codzienne funkcjonowanie:**

○ Od kiedy:

○ Jak długo w ciągu doby:

• **Czy dziecko korzysta z rehabilitacji ruchowej: NIE / TAK**

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

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

.....

.....

.....

• **Obecna waga: wzrost:**

- Czy dziecko ma/miało nadwagę NIE / TAK (od kiedy)
- Czy dziecko ma/miało niedowagę NIE / TAK (od kiedy)

• **Czy u dziecka poza chorobą zasadniczą zdiagnozowano zespół genetyczny, inną chorobę lub chorobę przewlekłą:** (kiedy, jaką)

.....

.....

• **Przebyte choroby:** (jakie, rok)

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

• **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:**

.....

.....

.....

- **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:**

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

- **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

- **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/ jak przebiegała adaptacja:
 - Czy były zmiany wychowawcy: NIE / TAK
.....
(jak dziecko zareagowało)
- **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 jakim roku szkolnym:

• **Czy dziecko na etapie szkolnym otrzymało warunkową promocję:** NIE / TAK

○ W której klasie w jakim roku szkolnym:

• **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. opanowanie jazdy na rowerze, wygrany konkurs, ułożenie puzzli 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 przenośnie TAK / NIE
- Samodzielnie zastosować metafory i przenośnie TAK / NIE
- Odczytać emocje innej osoby TAK / NIE
- Adekwatnie zareagować na emocje innej osoby TAK / NIE

- **Czy dziecko posiada obowiązki w domu:**

- **Czy dziecko posiada swój własny pokój/miejsce do nauki:** TAK / NIE

- **W zakresie jakich spraw w codziennym funkcjonowaniu dziecko wymaga pokierowania nim?**

(np. dobór garderoby stosownie do poru roku, samodzielne drobne zakupy, znajomość pieniędzy i czasu itp.)

- **W jakim zakresie dziecko wymaga pomocy w nauce w domu:**

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

- Higiena osobista:
- Ubieranie/rozbieranie:
- Jedzenie:

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)

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

.....

.....

.....