

WYWIAD NA POTRZEBY ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

.....
(miejsowość 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				
	Proszę o wypisanie wszystkich innych osób, mieszkających z dzieckiem			
Domownicy			

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					

GOPS / MOPS / PCPR / SĄD

- Czy rodzina korzysta / korzystała z pomocy ww. instytucji: NIE / TAK
(kiedy)
- Asystent rodziny:
(imię i nazwisko)
- Pracownik społeczny:
(imię i nazwisko)
- Pracownik socjalny:
(imię i nazwisko)
- Kurator zawodowy:
(imię i nazwisko)
- Kurator społeczny:
(imię i nazwisko)
- Inne osoby:
(imię i nazwisko)

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

- **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)

.....
.....
.....
- **Czy dziecko jest alergikiem:** NIE / TAK
 - (na co dziecko jest uczulone)
 - było / jest / będzie odczulane
 - (kiedy)
 - czy zażywa leki na alergię:
 - (jakie)

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

- **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 mruganie oczami, wydawanie różnych dźwięków)			
Pocieranie intymnych części ciała, onanizm dziecięcy			
Nadwrażliwość na dźwięki (dziecko zatyka uszy w tramwaju, jak dużo osób mówi na głos, jak jedzie np. karetka)			
Nadwrażliwość dotykowa (dziecko nie lubi ubierać rajstop, kalesonów, golfów, gryzą go swetry)			
Chowana się (dziecko często ukrywa się w domu „dla zabawy” np. w szafie, pod łóżkiem, w ciasnych pomieszczeniach – ale nie podczas zabawy w chowanego)			
Inne			

- **Sen**

- O której godzinie dziecko idzie spać / zasypia:
- Czy dziecko **ypia** 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 → odroczonego obowiązku 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:
- **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:**

- **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:

- **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 sztuczków			

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)

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

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