

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				
	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					

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

- **Jak wada słuchu wpływa na codzienne funkcjonowanie dziecka:** (utrudnienia, ograniczenia)
 - W domu:
 - W placówce (żłobek/przedszkole/szkoła):
- **Czy dziecko nosi aparaty słuchowe/ ma wszczepione implanty? – od kiedy – czy jest planowana jakaś zmiana w tym zakresie?**
.....
.....

• **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 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)

• **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 → odroczone obowiązki szkolne
 - 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:**
 - 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.....

.....
- **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:
- **Jakie relacje ma dziecko z innymi dziećmi:**
- **Czy dziecko posiada obowiązki w domu:**
- **Czy dziecko jest samodzielne i w jakim zakresie:**
 - Higiena osobista:
 - Ubieranie/rozbieranie:
 - Jedzenie:

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

.....

.....

.....

Do wypełnienia w przypadku dzieci od 3r.ż. do końca etapu przedszkolnego

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			

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)
JEDZENIE			
Karmienie dziecka łyżeczką			
Dziecko samodzielnie chwytą i je łyżeczką			
Dziecko je samodzielnie podany posiłek (nie zmiksowany) – umie gryźć, korzystać ze sztućców			

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:**

.....

.....

.....