**KWESTIONARIUSZ WYWIADU**

**Powód zgłoszenia się na wizytę**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**INFORMACJE PODSTAWOWE**

**Imię i nazwisko dziecka**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Data urodzenia**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Czy dziecko choruje na coś przewlekle? Proszę podać na jakie choroby?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Leki (*proszę wymienić nazwę i podać dawkę przyjmowanego leku*)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Zajęcia / terapia (*proszę podać rodzaj zajęć na które uczęszcza dziecko*)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Opieka poradni specjalistycznych\*:** neurolog / kardiolog / laryngolog / endokrynolog / neonatolog / okulista/inne: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**OKRES OKOŁOPORODOWY**

**Wywiad położniczy mamy:**

* Ile ciąż?.....................................................................................................................................................
* Ile porodów? ……………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Czy w trakcie ciąży chorowała na coś Pani (np. infekcje, ch. tarczycy, nadciśnienie itp.)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Czy przyjmowała Pani leki w trakcie ciąży? Jakie? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* Czy była konieczność leżenia, oszczędzającego trybu życia, hospitalizacji? Dlaczego? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Stan dziecka po urodzeniu**

* Sposób ukończenia ciąży\* : fizjologiczny / cc / zabiegowy ……………………………………
* Wiek prenatalny urodzenia (ile tygodni ciąży?)…………………………………………………………………………………
* Rozpoczęcie porodu\*: SPONATNICZNE / WYWOŁYWANE ……………………………………………….
* Przebieg porodu / punktacja APGAR (*Czy były jakieś komplikacje?)* ………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................................................................................................................
* Okres okołoporodowy (*Czy była konieczność umieszczenia dziecka w inkubatorze? Czy była fototerapia? Zabiegi operacyjne? Konieczność pobytu na oddziale neonatologii? itp*.) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Inne ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**KARMIENIE**

* Karmienie piersią? Butelką? Sondą? Jak długo? / problemy?/ Czy nadal podawane jest mleko butelką? Jak często*?* ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Stosowanie smoczka uspokajacza\* …………TAK / NIE / jak często? / do kiedy? Czy nadal jest smoczek? ..................................................................................................................................................
* Rozszerzanie diety…………od kiedy?.....................Jak przebiegało?...........................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Jedzenie łyżeczką/ sztućcami\* ………..TAK / NIE…………… Jedzenie rękoma ………..TAK / NIE…………………
* Jedzenie/ piecie samodzielne\* TAK / NIE / MIESZANE………………………………………………………………………..
* Picie z kubka otwartego \*………………….TAK……./NIE………… z czego pije? ……………………………………………
* Karmienie obecne – co je? czego nie je? .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
* Proszę podać przykładowy jadłospis dziecka:
* Śniadanie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Obiad

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………

* Kolacja

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………

**INFORMACJE DODATKOWE**

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

**ROZWÓJ DZIECKA**

Wiek siadania……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wiek chodzenia ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy dziecko raczkowało? W jakim wieku? …………………………………………………………………………………………………………

Czy była konieczność rehabilitacji? Z jakiego powodu? Kiedy? Kiedy rehabilitację zakończono, czy trwa nadal? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

INNE: Czy dziecko boryka się z jakimiś trudnościami rozwojowymi? Jakimi?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Jak dziecko się bawi? Podaj ulubione aktywności

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy dziecko ogląda telewizję/korzysta z tabletu /komputera/ samrtfona ? \* TAK / NIE

* Jak często (ile godzin w ciągu dnia? )……………………………………………………………………………………………………
* Czy korzysta z ww. technologii podczas posiłków?\* TAK / NIE …………………………………………………………....
* W jakim wieku rozpoczęło korzystać z ww. technologii? ……………………………………………………………………..

**ROZWÓJ MOWY**

* głużenie\* ………………TAK……………/……………NIE……KIEDY? …………………….............................................
* gaworzenie\* ………………TAK……………/……………NIE………KIEDY? …………………….....................................
* Czy dziecko pokazuje palcem?\* TAK / NIE ………………….Kiedy zaczęło? ………………………………………
* pierwsze słowo\*………………TAK/NIE……………………KIEDY? …………………….............................................
* Jak dziecko się obecnie komunikuje? *(Gesty, jakie? Słowa, jakie? Zdania, jakie ? Inne? Wypisz przykłady).*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**UWAGI DODATKOWE**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data i podpis