

## KWESTIONARIUSZ WYWIADU

### Powód zgłoszenia się na wizytę

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

### INFORMACJE PODSTAWOWE

#### Imię i nazwisko dziecka

.....

#### Data urodzenia

.....

#### Czy dziecko choruje na coś przewlekłe? 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/ picie 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

\*właściwe zakreślić/ wyróżnić innym kolorem