

Wywiad z rodzicem/opiekunem prawnym (wiek dziecka 3-6 lat)

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego.....

Przy opracowaniu diagnozy psychologicznej dotyczącej dziecka bardzo istotne są informacje uzyskane od rodzica/opiekuna prawnego, który zna codzienne funkcjonowanie dziecka.

Proszę Panią/Pana o uzupełnienie niniejszego kwestionariusza w oparciu o posiadaną przez Panią/Pana wiedzę (nabytą z analizy dokumentów, od specjalistów pracujących z dzieckiem i z własnych obserwacji) o dziecku.

I. Informacje dotyczące zdrowia i rozwoju dziecka

Przebieg ciąży i porodu

1) Z której ciąży matki pochodzi dziecko?.....? Który poród?.....

2) Jaki był przebieg ciąży?

- prawidłowy
- z powikłaniami (jakimi?).....

3) W którym tygodniu ciąży urodziło się dziecko?.....

4) Jak odbył się poród?

- siłami natury
- cięciem cesarskim
- inne zabiegi w trakcie porodu (jakie?)

5) Dane urodzeniowe dziecka:

- ile ważyło?.....
- ile mierzyło?.....
- jaki miało obwód głowy?.....
- jaki miało obwód klatki piersiowej?.....
- ile pkt APGAR?

6) W jakim stanie urodziło się dziecko?

- przytomne?

Tak Nie

- niedotlenienie?

Tak Nie

- zamartwica?

Tak Nie

- inne?.....

7) Czy podawano dziecku leki po porodzie?

Tak Nie

Jakie?

8) Czy po porodzie dziecko miało żółtaczkę?

Tak Nie

9) Czy dziecko miało infekcje po porodzie?

Tak Nie

10) Ile dni po porodzie była Pani w szpitalu?

11) Ile dni po porodzie dziecko było w szpitalu?

Stan zdrowia dziecka w pierwszych latach życia

1) Czy dziecko było karmione piersią?

Tak Nie

Jak długo?

2) Czy dziecko było szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień?

Tak Nie

3) Czy u dziecka rozpoznawano choroby zakaźne np. świnka, odra, różyczka, mononukleozą, cytomegalia, toksoplazmoza, opryszczka, HIV, inne (jakie)?.....

Tak NIE (podkreśl właściwe)

4) Czy u dziecka rozpoznano wady wrodzone?

(Zaznacz odpowiedź przy każdej wadzie)

Tak Nie Rozszczep wargi
 Tak Nie Wady układu nerwowego

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Wady kości |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Dysmorfia twarzy |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Wada serca |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Inne, jakie |

5) Czy rozpoznano u dziecka choroby genetyczne?

(Zaznacz odpowiedź przy każdej wadzie)

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Zespół Downa |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Mukowiscydoza |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Fenyloketonuria |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Zespół Wiliamsa |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Inne, jakie |

6) Czy dziecko było hospitalizowane po okresie noworodkowym?

- Tak Nie

7) Czy rozpoznano u dziecka choroby alergiczne?

- Tak Nie

W jakim wieku?

8) Czy dziecku biorącemu udział w badaniu postawiono diagnozę FAS (Płodowego Zespołu Alkoholowego) bądź FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych)?

- Tak Nie
 Nie wiem, co to jest FAS albo FASD

Jeśli TAK, gdzie było diagnozowane (nazwa ośrodka).....

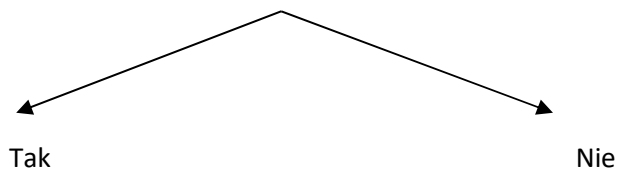
9) Czy dziecko przebyło urazy?

- Tak Nie

W jakim wieku?

Jakie?

10) Czy dziecko jest lub było pod opieką jakiejś poradni specjalistycznej?



Jaka to poradnia i od kiedy, do kiedy dziecko było/jest pod opieką tej poradni?
(proszę zapisać dane dotyczące wszystkich poradni)

Poradnia.....od.....do.....

Poradnia.....od.....do.....

Poradnia.....od.....do.....

Poradnia.....od.....do.....

11) Czy coś niepokoiło Cię we wczesnodziecięcym rozwoju dziecka, jeśli tak, to co?.....

.....

12) Kiedy dziecko zaczęło siadać?.....stawać samodzielnie?.....chodzić?.....

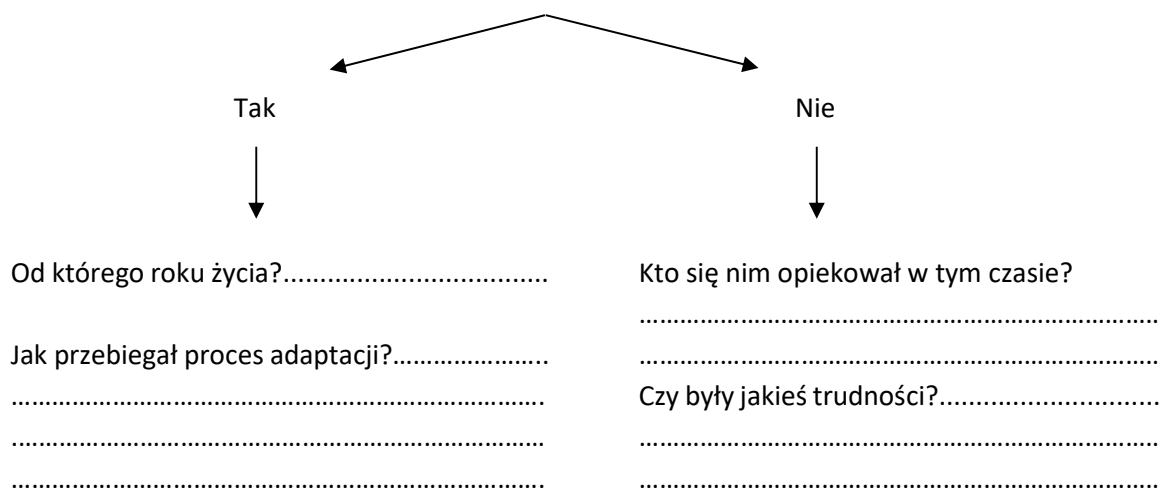
13) Kiedy dziecko zaczęło mówić?.....

14) Kiedy zakończył się trening czystości?.....

II. Funkcjonowanie poza domem (żłobek, przedszkole, szkoła)

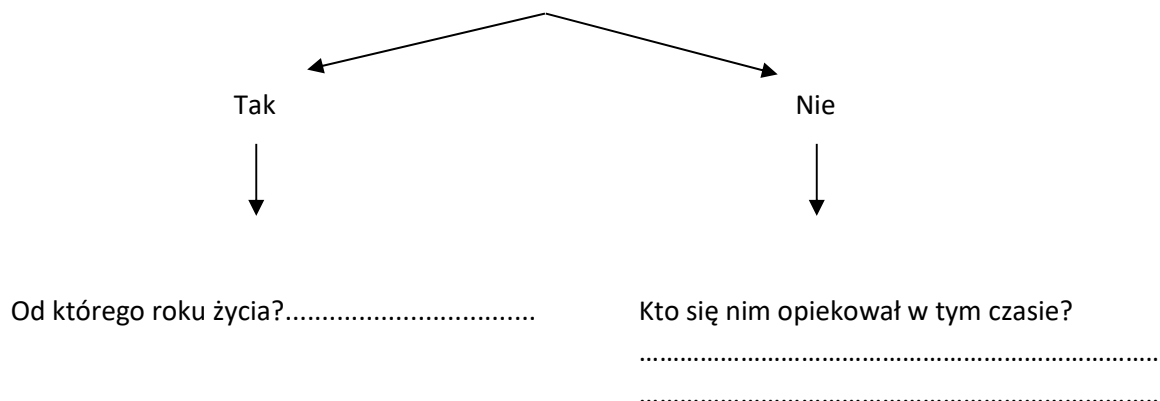
1. Żłobek

1) Czy dziecko chodziło do żłobka?



2. Przedszkole

1) Czy dziecko uczęszczało lub obecnie uczęszcza do przedszkola?



Jak przebiegał proces adaptacji?.....

.....
.....

Czy były/są jakieś trudności zauważane przez
kadrę przedszkola?.....

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

Czy dziecko zgłaszało/zgłasza jakieś trudności
w okresie przedszkolnym?.....

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

Czy były jakieś trudności?.....

.....
.....

Czy dziecko zgłaszało/zgłasza jakieś
trudności?.....

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

2) Czy dziecko doświadczyło trudnych zdarzeń **między 0 – 6 rokiem życia?**

(np. przeprowadzka/rozstanie rodziców/zmniejszenie kontaktu z ważną osobą/śmierć osoby
bliskiej/przemoc) (jakie? kiedy?).....

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

3. Szkoła

1) W jakim wieku rozpoczęło naukę w klasie „0”?.....

2) Czy były jakieś trudności w „zerówce”?

.....

III. Funkcjonowanie w domu

1) Kto wychowuje dziecko?.....

2) Jak dziecko funkcjonuje wśród domowników?.....

.....

.....

.....

3) Jak dziecko funkcjonuje wśród innych dzieci (kuzyni, dzieci znane i obce); m.in. czy inicjuje zabawę? czy tylko obserwuje? jest agresywne? chętnie bawi się z innymi dziećmi/woli samo?

.....

.....

.....

4) Jak dziecko funkcjonuje w kontakcie z innymi dorosłymi?.....

.....

.....

5) Jak się zachowuje wobec zwierząt domowych i innych?.....

.....

.....

6) Ile średnio dziecko spędza czasu dziennie przed ekranem (telefon/tablet/komputer/telewizor)?

.....oraz w jakim wieku zaczęło korzystać z tych sprzętów?.....

7) Proszę o scharakteryzowanie dziecka (jakie ma cechy, mocne i słabe strony, czym się interesuje, jakie ma zdolności i jaka aktywność sprawia mu największą przyjemność)?

.....

.....

.....

8) Czy jest coś co chciałaby Pani/Pan dodać do ww. informacji o dziecku?.....

.....

.....

.....

.....

IV. Obecny stan dziecka

1) Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/o niepełnosprawności?

- Tak Nie

Od kiedy?.....

Jeśli tak, to jakie?.....

.....

.....

2) Obecny stan zdrowia dziecka

a) Czy pozostaje obecnie pod opieką jakiegoś specjalisty?.....

b) Czy przyjmuje jakieś leki (jakie)?.....

.....

c) Czy dziecko miało uraz głowy **w ostatnim roku** ? (jakie objawy temu towarzyszyły?).....

.....

d) Czy dziecko **w ciągu ostatniego roku** przebywało w szpitalu? (kiedy? ile czasu? z jakiego powodu?)

.....

.....

e) Czy dziecko **w ciągu ostatniego roku** miało choroby przewlekłe, zakaźne? (jakie? kiedy?).....

.....

3) Inne trudności **w ciągu ostatniego roku**:

a) Czy dziecko miało/ma zaburzenia snu? (kiedy miało/od kiedy ma? na czym polegają?).....

.....

.....

b) Czy dziecko miało/ma moczenie wtórne (powrót do moczenia po tym jak już był opanowany trening czystości)?(kiedy miało/od kiedy ma?).....

.....

c) Czy dziecko miało/ma zaburzenia jedzenia? (kiedy miało/od kiedy ma? na czym polegają?).....

.....

.....

d) Czy dziecko miało /ma lęki? (kiedy miało/od kiedy ma? na czym polegają?).....

.....

.....

e) Czy dziecko dokonywało/dokonuje samouszkodzeń (w jaki sposób? od kiedy? jak często?)

.....

.....

f) Czy dziecko miało/ma objawy takie jak: obgryzanie paznokci, tiki, ssanie palca/? (kiedy miało/od kiedy ma? w jakich sytuacjach?

.....

.....

4) Czy dziecko doświadczyło trudnych zdarzeń **w ostatnim roku** ?

(np. przeprowadzka/rozstanie rodziców/ nieobecność rodzica/hospitalizacja/śmierć osoby

bliskiej/przemoc) (jakie? kiedy?).....

.....

.....

Dziękuję za wypełnienie kwestionariusza.

Warszawa, dn.....

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego