



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA NR 3
01-513 Warszawa, ul. Felińskiego 15, tel. 22 600 21 30, 22 600 21 31

Pytania do wywiadu dotyczące diagnozy SI

DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko dziecka.....
Data urodzenia..... Data badania.....
Rodzice
rodzeństwo.....
Przedszkole/szkoła.....klasa/grupa.....
Jakie są przyczyny przeprowadzenia diagnozy?
.....
.....
Co Państwa niepokoi w zachowaniu dziecka?
.....
.....
Czy dziecko ma zdiagnozowane problemy medyczne bądź posiada inne rozpoznania np. dysleksja, ADHD, zespół Aspergera, Autyzm?.....
Czy przyjmuje jakieś leki na stałe?.....

OKOLICZNOŚCI DOTYCZĄCE CIAŻY I PORODU

Która ciąża?.....
Prawidłowa czy zagrożona?
Czy podczas ciąży matka przyjmowała leki?.....
Czy była narażona na stres?.....
Czy matka była aktywna fizycznie czy ciąża była leżąca?.....
W którym tygodniu był poród?
Czas porodu
Zabarwienie wód płodowych.....
Czy poród był siłami natury, przez cesarskie cięcie, inny, z jakiego powodu?.....
.....
Punktacja Apgar
Waga dziecka
Żółtaczka (jak długo?)
Czy była fototerapia?.....
Subiektywna ocena porodu według matki?.....
Czy dziecko przebywało w inkubatorze?
Czy miało podany tlen lub leki.....
Czy dziecko było karmione piersią (jak długo??)
Czy były problemy ze ssaniem?.....

Czy występowały kolki, problemy jelitowe, częste ulewania?.....
Czy dziecko lubiło leżeć na brzuchu?

PODSTAWOWE UMIEJĘTNOŚCI ROZWOJOWE

W jakim wieku dziecko nauczyło się:

Przewracać

Siadać.....

Stać.....

Raczkować

Chodzić.....

W jaki sposób raczkowało?.....

Czy wymagana była rehabilitacja?.....

Gaworzyć.....

Pierwsze sylaby.....

Pierwsze słowa.....

Pierwsze zdania

Czy był regres mowy?.....

Czy ma trudności logopedyczne (jeśli tak, jakie?)

W jakim wieku dziecko opanowało umiejętność:

Odpychania się na pojeździe.....

Pedałowania.....

Jazdy na rowerze czterokołowym

Na rowerze dwukołowym.....

Skakania na trampolinie

Jazdy na hulajnodze.....

Rozbujania się na huśtawce.....

Pływania

Inne dodatkowe umiejętności ruchowe

.....

.....

W jakim wieku dziecko nauczyło się samodzielnie:

Jeść

Ubierać się

Myć.....

Załatwiać potrzeby fizjologiczne.....

Jak długo dziecko usypia?

Czy zasypia samodzielnie?

Czy śpi spokojnie?

Czy ma trudności w wybudzaniu?

Czy budzi się z płaczem, boi się w nocy?

Czy występują nietypowe zachowania podczas snu (jakie?)... ..

Czy dziecko budzi się zmęczone czy wypoczęte?.....

JEDZENIE

- Czy były problemy z rozszerzaniem diety?.....
- Czy dziecko je wszystko?.....
- Czego unika?.....
- Czy je samodzielnie?.....
- Czy chętnie dotyka jedzenia?
- Czy je czysto?
- Jakie produkty preferuje
- Czy pije słodzone napoje?
- Czy często je słodczy (jak często)?
- Czy występuje specjalna dieta?.....

PROBLEMY MEDYCZNE

- Czy dziecko miało kiedykolwiek problemy zdrowotne związane z oddychaniem?.....
- Infekcje uszu (ile razy)?.....
- Płyn w uszach, dreny w uszach, przerost migdała?.....
- Wysoka gorączka, częste choroby?.....
- Alergie, zmiany skórne?
- Czy było hospitalizowane (dlaczego?)
- Czy były poważne urazy, złamania, skręcenia?
- Czy miało kiedyś wykonane EEG, MR, TK (dlaczego?)
- Czy ma wadę słuchu (jaką?)
- Czy w ciągu ostatniego roku było wykonywane badanie słuchu/przetwarzania (dlaczego?)
-
- Czy ma wadę wzroku (jaką?)
- Czy było badanie ortoptyczne (co wykazało?).....
- Czy ma wadę postawy (jaka?).....
- Czy było badanie ortopedyczne?

OGÓLNE ZACHOWANIA DZIECKA

- Czy ma chorobę lokomocyjną oraz co ją wywołuje?
- Czy występuje światłowstręt?
- Czy rozprasza się w miejscach bogatych w bodźce wzrokowe?.....
- Czy jest wrażliwe na dotyk?
- Czy unika pewnych faktur (jakich?)
- Czy lubi się brudzić?
- Czy ma problemy z obcinaniem włosów, paznokci?
- Czy szybko rozprasza się w hałasie?
- Czy przeszkadzają mu dźwięki?
- Czy boi się dźwięków?
- Czy często zdarza mu się prosić o ściszenie telewizora, muzyki?.....
- Czy ma problemy z wysiedzeniem w jednym miejscu?
- Czy ma problemy z opanowaniem umiejętności skłonnych pisane, czytanie....., myli podobne litery....., nauka zegara....., czy ma prawidłowy chwyt.....?
- Czy potrafi rozróżnić kierunki prawo-lewo....., góra-dół....., przód-tył.....?
- Czy łatwo się rozprasza?.....
- Jakie są ulubione zabawy, aktywności dziecka?
- Czy potrafi sobie samodzielnie zorganizować zabawę?
- Jakie są relacje dziecka z rówieśnikami/ dorosłymi?.....

Jakie są słabe strony dziecka?.....

Jakie są mocne strony dziecka?.....

Jaki jest poziom koordynacji wzrokowo – ruchowej?

słaby średni dobry świetny

Jaki jest poziom równowagi dziecka?

słaby średni dobry świetny

Jak radzi sobie na zajęciach sportowych?

słaby średni dobry świetny

Jaki jest poziom koncentracji dziecka?

słaby średni dobry świetny

Dodatkowe informacje dotyczące dziecka, jakie mogą być istotne w procesie diagnostycznym:

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

.....
(data, podpis rodzica/opiekuna)