

Kwestionariusz wywiadu diagnostycznego (rodzice, opiekunowie prawni)

Prosimy o wypełnienie **SZARYCH PÓL** przed pierwszą wizytą i wydrukowanie kwestionariusza

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko dziecka: | |
| Data urodzenia: | |
| Opiekunowie prawni (prosimy o podanie pełnych danych): | |
| Opiekunowie faktyczni (mieszkający z dzieckiem): | |
| Data wypełnienia kwestionariusza: | |
| Kwestionariusz został wypełniony przez: | |

1. Jaki jest bezpośredni powód zgłoszenia się z dzieckiem na badanie? Prosimy o opisanie najważniejszych objawów / problemów dziecka: kiedy się zaczęły, jak zmieniały się w czasie, jak często występują? Co ma negatywny, a co pozytywny wpływ na funkcjonowanie dziecka? Prosimy o opisanie konkretnych zachowań dziecka.

| |
|--|
| |
|--|

2. Czy u dziecka występują jeszcze inne, dodatkowe problemy, które Państwa niepokoją? Prosimy o wymienienie wszystkich.

| Problem | Przykładowe zachowanie dziecka |
|---------|--------------------------------|
| | |



3. W jaki sposób problemy / objawy dziecka wpływają na jego:

| | |
|--------------------------|--|
| funkcjonowanie w szkole: | |
| relacje w domu: | |
| relacje z rówieśnikami: | |

4. Jakie są zalety, mocne strony waszego dziecka?

| |
|--|
| |
|--|

5. Jakie są Państwa oczekiwania po tym spotkaniu (spotkaniach)?

| |
|--|
| |
|--|



6. Czy wcześniej szukaliście Państwo pomocy – np. neurologicznej, psychiatrycznej, psychologicznej? Czy dziecko uczęszczało na terapię /wpisujemy każdą formę/?

| Rok, specjalista | Powód wizyty, diagnoza | Leczenie, terapia | Efekt leczenia |
|------------------|------------------------|-------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. Czy kiedykolwiek dziecko przyjmowało leki zapisywane przez neurologa lub psychiatrę? Jeśli tak, prosimy o dokładne podanie danych.

| Nazwa leku | Okres podawania | Powód leczenia | Efekt leczenia |
|------------|-----------------|----------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

8. Czy dziecko na stałe przyjmuje jakieś leki?

| Nazwa leku | Od kiedy | Powód leczenia | Efekt leczenia |
|------------|----------|----------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

9. Wcześniejsze konsultacje:

| | | |
|--|------|-----|
| Czy dziecko leżało na oddziale psychiatrycznym? | Tak* | Nie |
| Czy dziecko leżało na oddziale neurologicznym? | Tak* | Nie |
| Czy kiedykolwiek wykonywano badanie EEG? | Tak* | Nie |
| Czy kiedykolwiek wykonano badanie tomografii komputerowej lub rezonansu głowy? | Tak* | Nie |
| Czy kiedykolwiek miało miejsce badanie lub konsultacja genetyczna? | Tak* | Nie |
| Czy kiedykolwiek wykonywane były badania metaboliczne? | Tak* | Nie |

* jeśli „tak” poprosimy o dołączenie kopii kart wypisowych lub opisów wyników.

10. Czy dziecko było badane przez psychologa? Czy miało wykonane badanie w kierunku specyficznych trudności szkolnych (dysleksja) lub badanie inteligencji?

| | |
|-----|---|
| Nie | Tak – prosimy o opisanie kiedy, z jakiego powodu? * |
|-----|---|

* jeśli tak prosimy o uzyskanie informacji o nazwach testów i ich wynikach.

11. Informacje na temat rozwoju dziecka?

| | | |
|------------------------|------------|---|
| Przebieg ciąży: | Prawidłowy | Nie, pojawiły się następujące problemy: |
| Użytki w czasie ciąży: | | Czy w czasie ciąży mama paliła papierosy, piła alkohol lub brała narkotyki? Prosimy o szczegółowe informacje: |
| Poród: | Prawidłowy | Nie, pojawiły się następujące problemy: |



| | | |
|--|------------|--|
| Rozwój ruchowy: siadanie, raczkowanie, chodzenie | Prawidłowy | Nie, pojawiły się następujące problemy: |
| Rozwój mowy: | Prawidłowy | Jeśli rozwój mowy był opóźniony, czy dziecko mówiło pierwsze słowa przed 2 rokiem życia? W jakim wieku pojawiły się pierwsze słowa, mowa? |

12. Czy dziecko lubi się przytulać do bliskich mu osób? Czy nawiązuje kontakt wzrokowy? Czy dziecko uśmiecha się na widok bliskich osób?

13. Czy dziecko jest empatyczne, przeżywa emocjami, zdrowiem innych osób lub zwierząt?

14. Czy u dziecka powyżej 5 roku życia występują jakiegokolwiek problemy z zanieczyszczaniem się lub moczeniem? Jeśli tak prosimy, by dokładnie je opisać.

15. Czy dziecko cierpi z powodu choroby przewlekłej np. padaczka, cukrzyca? Czy u dziecka rozpoznano kiedykolwiek wadę serca lub jakiegokolwiek problemy z sercem? Czy dziecko uległo poważnym urazom, w tym urazom głowy?*

* jeśli tak prosimy o dołączenie kart informacyjnych oraz wyników najważniejszych badań.



16. Czy u dziecka kiedykolwiek obserwowaliście Państwo lub zostały rozpoznane następujące problemy. Jeśli tak – prosimy o dodatkowe informacje – od kiedy, jak długo trwały, czy nadal jest to problem, w jakim stopniu wpływają na życie dziecka?

| | | |
|---|-----|------|
| Zaburzenia rozwoju mowy: | Nie | Tak: |
| Lęk przed zostawianiem bez rodziców (po 6 r.ż.) | Nie | Tak: |
| Lęk przed chodzeniem do szkoły: | Nie | Tak: |
| Inne problemy lękowe: | Nie | Tak: |
| Depresja: | Nie | Tak: |
| Myśli bądź próby samobójcze: | Nie | Tak: |
| Tiki: | Nie | Tak: |
| Natęćstwa: | Nie | Tak: |
| Papierosy: | Nie | Tak: |
| Alkohol: | Nie | Tak: |
| Narkotyki: | Nie | Tak: |
| Dopalacze: | Nie | Tak: |



17. Czy dziecko miało problemy z prawem, ma przyznanego kuratora sądowego, było usunięte ze szkoły?

18. Czy dziecko chodziło do przedszkola? Jeśli tak, czy obserwowaliście Państwo problemy związane z zachowaniem, wykonywaniem poleceń, wchodzeniem w relacje z innymi dziećmi (czy dziecko było lubiane, izolowało się, było odrzucane przez inne dzieci)? Czy nauczyciele przedszkolni zgłaszali Państwu trudności lub problemy dziecka?

19. Prosimy o opisanie zabaw dziecka. Czy syn/córka bawi się podobnie jak rówieśnicy? Czy woli samotne zabawy, czy z rówieśnikami? Czy w ogóle lubi się bawić? Czy potrafi „bawić się na niby” – np. zabawa w sklep, organizowanie przyjęć, zabawa w strażaka i gaszenie pożarów, policjanta i złodziei? Czy dziecko zawsze chce narzucać innym swoje pomysły lub bawi się stereotypowo, ciągle powtarzając te same zabawy?

20. Czy dziecko ma monotematyczne zainteresowania – wszystko, co robi, musi wiązać się z określonym tematem i raczej nie da się wciągnąć w inne zabawy, np. proponowane przez dzieci?



21. Jak dziecko radzi sobie w szkole? Prosimy o opisanie wszystkich poniższych punktów? Wyniki w nauce:
Koncentracja: Wykonywanie poleceń i przestrzeganie zasad: Kontakty z rówieśnikami: Kontakty z dorosłymi:
Uwagi, skargi nauczycieli

| | |
|---|--|
| Wyniki w nauce: | |
| Koncentracja: | |
| Wykonywanie poleceń i przestrzeganie zasad: | |
| Kontakty z rówieśnikami: | |
| Kontakty z dorosłymi: | |
| Uwagi, skargi nauczycieli: | |

22. Czy dziecko ma kontakty z rówieśnikami poza szkołą? Jak często? Jak te kontakty wyglądają?

| |
|--|
| |
|--|



23. Jakie są „wyspy kompetencji” dziecka poza szkołą? Innymi słowy, w czym jest dobre, gdzie odnosi sukcesy?

24. Jak przebiega odrabianie lekcji? Czy dziecko robi je samo, czy z pomocą dorosłego? Ile czasu ono trwa?

25. Jeśli dziecko złamie w domu zasadę, ważną dla Państwa regułę, jakie działania podejmujecie?

26. Jakie macie Państwo domowe zasady dotyczące korzystania z urządzeń mających ekrany? Jak to działa w praktyce?

27. Czy dziecko jest adoptowane lub przebywa w rodzinie zastępczej, domu dziecka, rodzinnym domu dziecka? Jeśli tak, prosimy o krótkie opisanie historii dziecka, zanim się z nim związaliście.



28. Jaki jest skład rodziny? Kto mieszka razem z dzieckiem – prosimy o wymienienie wszystkich osób? W jaki sposób rodzice / opiekunowie prawni w praktyce dzielą się opieką nad dzieckiem?

29. Rodzeństwo:

| Imię | Wiek | Stopień pokrewieństwa* | Problemy zdrowotne lub wychowawcze |
|------|------|------------------------|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* rodzeństwo biologiczne, przyrodnie, dziecko partnera z poprzedniego związku itp.

30. Z kim dziecko mieszka w pokoju? Jak śpi (samo w pokoju, z kimś w pokoju / łóżku)?



31. Informacje o mamie biologicznej:

| | |
|---|--|
| Wiek: | |
| Wykształcenie: | |
| Czy mama pracuje*, jest na urlopie wychowawczym itp.? | |
| *Ile czasu zajmuje życie zawodowe? | |
| Stan zdrowia? Leczenie z powodu chorób przewlekłych? | |
| Problemy kardiologiczne (z sercem)? | |
| Korzystanie z pomocy psychiatrycznej, psychologicznej? Jeśli tak, prosimy opisać? | |
| Czy były próby samobójcze? | |
| Problemy z używkami – papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze? | |
| Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza u osób w młodym wieku? | |
| Czy w rodzinie były osoby korzystające z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, to z jakiego powodu? | |
| Czy w rodzinie były próby samobójcze? | |
| Ważne dodatkowe informacje: | |



32. Informacje o mamie – wypełniamy tylko w przypadku, gdy opiekunem faktycznym nie jest mama biologiczna.

| | |
|---|--|
| Wiek: | |
| Wykształcenie: | |
| Czy mama pracuje*, jest na urlopie wychowawczym itp.? | |
| *Ile czasu zajmuje życie zawodowe? | |
| Stan zdrowia? Leczenie z powodu chorób przewlekłych? | |
| Problemy kardiologiczne (z sercem)? | |
| Korzystanie z pomocy psychiatrycznej, psychologicznej? Jeśli tak, prosimy opisać? | |
| Czy były próby samobójcze? | |
| Problemy z używkami – papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze? | |
| Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza u osób w młodym wieku? | |
| Czy w rodzinie były osoby korzystające z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, to z jakiego powodu? | |
| Czy w rodzinie były próby samobójcze? | |
| Ważne dodatkowe informacje: | |



33. Informacje o tacie biologicznym:

| | |
|---|--|
| Wiek: | |
| Wykształcenie: | |
| Czy tata pracuje*, jest na urlopie wychowawczym itp.? | |
| *Ile czasu zajmuje życie zawodowe? | |
| Stan zdrowia? Leczenie z powodu chorób przewlekłych? | |
| Problemy kardiologiczne (z sercem)? | |
| Korzystanie z pomocy psychiatrycznej, psychologicznej? Jeśli tak, prosimy opisać? | |
| Czy były próby samobójcze? | |
| Problemy z używkami – papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze? | |
| Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza u osób w młodym wieku? | |
| Czy w rodzinie były osoby korzystające z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, to z jakiego powodu? | |
| Czy w rodzinie były próby samobójcze? | |
| Ważne dodatkowe informacje: | |



34. Informacje o tacie – wypełniamy tylko w przypadku gdy opiekunem faktycznym (mieszkającym z dzieckiem) nie jest tata biologiczny.

| | |
|---|--|
| Wiek: | |
| Wykształcenie: | |
| Czy mama pracuje*, jest na urlopie wychowawczym itp.? | |
| *Ile czasu zajmuje życie zawodowe? | |
| Stan zdrowia? Leczenie z powodu chorób przewlekłych? | |
| Problemy kardiologiczne (z sercem)? | |
| Korzystanie z pomocy psychiatrycznej, psychologicznej? Jeśli tak, prosimy opisać? | |
| Czy były próby samobójcze? | |
| Problemy z używkami – papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze? | |
| Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza u osób w młodym wieku? | |
| Czy w rodzinie były osoby korzystające z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, to z jakiego powodu? | |
| Czy w rodzinie były próby samobójcze? | |
| Ważne dodatkowe informacje: | |



35. Codzienne funkcjonowanie:

| | |
|--|--|
| Jakie są najważniejsze rodzinne problemy? | |
| Jakie są mocne strony rodziny? | |
| Jak opisalibyście Państwo domową atmosferę? | |
| Jak przebiega poranek (poranna rutyna)? | |
| Jak przebiega wieczór (wieczorna rutyna)? | |
| W jaki sposób spędzacie Państwo razem wolny czas? | |
| Czy dziecko ma swoje hobby? Czy uczestniczą w nim rodzice, rodzeństwo? | |