

KWESTIONARIUSZ WYWIADU Z RODZICAMI WG PTR

Imię i nazwisko dziecka

1. Czy dziecko jest pod opieką specjalistów (lekarz neurolog, psychiatra itp.)?

TAK / NIE Jeśli tak, to jakiego specjalisty i z jakich powodów (diagnoza medyczna)?

.....
.....

2. Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinię psychologiczną?

TAK / NIE

3. Czy dziecko aktualnie uczęszcza na jakieś terapie/zajęcia?

TAK / NIE

Jeśli tak, to na jakie i jak często?

.....

4. Czy dziecko uczęszcza do placówki oświatowej (przedszkole/szkoła)?

TAK / NIE

5. Przebieg ciąży i porodu

Choroby matki w czasie ciąży (jakie?)

Przyjmowanie leków (jakie?, jak długo?)

Czy matka w czasie ciąży musiała leżeć (ograniczyć aktywność ze względów medycznych)?

Poród: siłami natury cięcie cesarskie

6. Punkty wg skali Apgar

7. Waga urodzeniowa

8. Sytuacja okołoporodowa

Urazy okołoporodowe TAK / NIE

Jeśli tak, to jakie?

Pobyt w inkubatorze TAK / NIE Niedotlenienie TAK / NIE

Jeśli tak, to z jakiego powodu?

.....

9. Przebyte choroby w 1 r. życia

.....

10. Przyjmowanie leków TAK / NIE

Jeśli tak, to jakie?

11. Stan zdrowia

Czy dziecko ma napady padaczkowe? TAK / NIE

Jeśli tak, jak często występują?

Czy dziecko jest uczulone? TAK / NIE

Jeśli tak, na co jest uczulone? (pokarmy, leki itd.)

12. Informacje dotyczące rozwoju ruchowego

Kiedy dziecko zaczęło:

samodzielnie siadać

raczkować.....

chodzić

wypowiadać pierwsze słowa

13. Czy w wieku niemowlęcym dziecko korzystało z rehabilitacji? TAK / NIE

Jeśli tak, z jakiego powodu?

.....

14. Czy obecnie dziecko porusza się/przemieszcza samodzielnie? TAK / NIE

Jeśli nie, w jaki sposób się przemieszcza (chodzi przy wsparciu balkonika, kul, na wózku)

.....

15. Czy dziecko korzysta ze specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego/ortotycznego?)

TAK / NIE Jeśli tak, jakiego (wózek inwalidzki, pionizator, siedzisko, łuski, ortozy, inne):

.....

16. Zakres motoryki dużej

Utrzymuje równowagę samodzielnie:

Stojąc na dwóch nogach TAK / NIE

Stojąc na jednej nodze TAK / NIE

Skacze TAK / NIE

Biega TAK / NIE

Wchodzi po schodach samodzielnie TAK / NIE

Schodzi po schodach samodzielnie TAK / NIE

Ruchy dziecka są płynne i skoordynowane TAK / NIE

Ustalona dominacja stronna TAK / NIE

17. Zakres motoryki małej

Patrzy na przedmioty i je dotyka TAK / NIE

Chwyta przedmioty: dostosowując / zmieniając chwyt TAK / NIE

Manipuluje przedmiotem celowo, bada go TAK / NIE

Przekłada przedmiot z ręki do ręki TAK / NIE

Potrafi klaskać TAK / NIE

Wskazuje palcem szczegóły na obrazku TAK / NIE

Rysuje/koloruje TAK / NIE

18. Koordynacja ruchowa

Wykonuje czynność oburącz TAK / NIE

Rzuca piłkę TAK / NIE

Łapie piłkę TAK / NIE

Kopie piłkę TAK / NIE

Buduje wieżę z klocków TAK / NIE

19. Komunikacja

Reaguje na swoje imię

TAK / NIE

Rozumie proste wypowiedzi, polecenia

TAK / NIE

Rozumie złożone wypowiedzi, polecenia

TAK / NIE

Komunikuje się werbalnie?

TAK / NIE

Jeśli nie, w jaki sposób: gesty, obrazki, piktogramy, nie komunikuje się (podkreślić)

Wypowiada słowa, nazywa elementy z otoczenia

TAK / NIE

20. Funkcjonowanie zmysłów

Funkcjonowanie **zmysłu wzroku** prawidłowe TAK/ NIE Jeśli nie, proszę opisać problem:

Czy dziecko ma zdiagnozowane wady wzroku lub zaburzenia rozwoju widzenia?

TAK / NIE Jeśli tak, proszę opisać problem

Czy dziecko miało wykonywane badanie okulistyczne?

TAK / NIE Jeśli tak, proszę napisać kiedy lub ewentualnie załączyć badanie okulistyczne

Czy dziecko miało wykonywane badanie ortoptyczne?

TAK / NIE Jeśli tak, proszę napisać kiedy lub ewentualnie załączyć badanie ortoptyczne

Funkcjonowanie **zmysłu słuchu** prawidłowe

TAK / NIE

Jeśli nie, proszę opisać problem? (wady słuchu – niedosłuch – proszę podać w jakim stopniu, ewentualnie załączyć badanie słuchu, nadwrażliwość, niedowrażliwość słuchowa itp.)

Funkcjonowanie **zmysłu dotyku** prawidłowe

TAK / NIE Jeśli nie, proszę opisać problem (nadwrażliwość, niedowrażliwość dotykowa, bodźce dotykowe, które dziecko lubi bądź których unika)

Funkcjonowanie **zmysłu smaku i węchu** prawidłowe

TAK / NIE Jeśli nie, proszę opisać problem (nadwrażliwość, niedowrażliwość smakowa i węchowa)

Funkcjonowanie **równowagi** prawidłowe TAK / NIE Jeśli nie, proszę opisać problem? (trudności z utrzymaniem równowagi, lubi/ nie lubi zmian położenia ciała, cierpi na chorobę lokomocyjną, boi się wchodzić i schodzić ze schodów, nie potrafi omijać przeszkód, nie lubi/ lubi bujać się na huśtawkach itp.)

21. Czynności samoobsługowe

Toaleta i higiena:

zgłasza potrzeby fizjologiczne

TAK / NIE

załatwia potrzeby fizjologiczne samodzielnie

TAK / NIE

myje się samodzielnie

TAK / NIE

korzysta z przyborów toaletowych (szczotka do zębów, mydło, papier toaletowy) zgodnie z przeznaczeniem

TAK / NIE

Spożywanie pokarmów:

jest samodzielne w spożywaniu pokarmów

TAK / NIE

jest samodzielne w spożywaniu płynów

TAK / NIE

posługuje się sztućcami zgodnie z przeznaczeniem

TAK / NIE

Ubieranie i rozbieranie się:

ubiera się samodzielnie

TAK / NIE

rozbiera się samodzielnie

TAK / NIE

zna części ubrania

TAK / NIE

zapina/rozpina guziki

TAK / NIE

zapina/rozpina suwaki

TAK / NIE

zapina/rozpina rzepy

TAK / NIE

wiąże sznurowadła

TAK / NIE

wie, na którą część ciała należy włożyć dany element ubrania TAK / NIE

22. Schemat ciała

Zna i wskazuje części ciała TAK / NIE Jeśli tak, proszę podać jakie?

Na obrazku

Na sobie

Rozróżnia prawą i lewą stronę ciała TAK / NIE

23. Aktywność

Preferowane aktywności (co najbardziej lubi robić w czasie wolnym?)

Bawi się zabawkami, rysuje maluje, lepi z plasteliny, modeliny, biega, kręci przedmiotami, tańczy, buduje z klocków, ogląda telewizję, ogląda/czyta książki, czasopisma, słucha czytanych bajek, pomaga w codziennych czynnościach, inne:

Czy dziecko ma ulubione zabawki, którymi się bawi lub przedmioty, którymi się posługuje?

TAK / NIE Jeśli tak, jakie?

Czy dziecko bawi się zabawkami zgodnie z ich przeznaczeniem?

TAK / NIE Jeśli nie, jak wygląda zabawa dziecka?

Czy u dziecka występują autostymulacje?

TAK / NIE Jeśli tak, proszę podać jakie?

.....

Czy dziecko ma jakieś zainteresowania?

TAK / NIE Jeśli tak, proszę podać jakie?

.....

Czy dziecko potrafi zorganizować sobie czas?

TAK / NIE Jeśli tak, proszę podać jakie są to formy spędzania czasu wolnego?

.....

Czy dziecko wymaga pomocy/udziału w zabawie osób dorosłych?

TAK / NIE Jeśli tak, proszę podać w jakim zakresie? Czy zawsze?)

.....

Czy dziecko pomaga w pracach domowych?

TAK / NIE Jeśli tak, proszę podać jakich?

.....

24. Czy u dziecka pojawiają się zachowania problemowe

TAK / NIE Jeśli tak, proszę podać jakie? kiedy się pojawiają?, jak często? (drapie po twarzy, szarpie za włosy, krzyczy, rzuca przedmiotami, bije siebie, bije innych, inne)

.....

.....

25. Inne informacje o dziecku i sugestie, które chcieliby Państwo przekazać dla terapeuty prowadzącego zajęcia TR:

.....

.....

26. Jakie umiejętności dziecka, związane z małą motoryką, wymagają Państwa zdaniem nauki poprawy, doskonalenia?

.....

.....