

## WYWIAD WSTĘPNY

data.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia..... Wiek dziecka.....

Adres zamieszkania.....

.....

Diagnoza medyczna.....

.....

Telefon.....

### I. Informacje o rodzinie

#### 1. Struktura rodziny

Rodzina: pełna, rozwiedziona, adopcja, dzieci z poprzednich związków

(właściwe podkreślić)

.....

#### 2. Stan zdrowia członków rodziny (dobry, przeciętny, zły):

- matka:.....

- ojciec:.....

- pozostali członkowie rodziny (dziadkowie, rodzeństwo, kuzyni)

.....

#### 3. Obciążenia rodzinne: (choroby psychiczne, uzależnienia, padaczka, upośledzenia umysłowe, inne).....

.....

#### 4. Placówki , w których przebywało dziecko (przedszkola, żłobki, ośrodki rehabilitacyjne):

.....

.....

#### 5. Dodatkowe zajęcia/ terapie, w których uczestniczy dziecko:

.....

.....

.....

#### 6. Warunki mieszkaniowe:

Mieszkanie : w bloku, dom jednorodzinny, dom wielorodzinny

.....

Czy dziecko ma własny pokój?.....

Warunki materialne rodziny (dobre, przeciętne, złe): .....

## II. Ciąża i jej przebieg

\*Która ciąża z kolei?.....

\*Które dziecko z kolei?.....

1. Stan zdrowia matki w czasie ciąży (dobry, przeciętny, zły; zatrucia, urazy, infekcje, narkozy, podawane leki, środki znieczulające, konieczność leżenia):

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

2. Konflikt serologiczny:    TAK        NIE

.....

### 3. Historia porodu

Termin porodu: przedwczesny....., o czasie....., po terminie.....

Poród: siłami natury, kleszczowy, cesarskie cięcie.....

Czas trwania porodu (przybliżony):.....

Powikłania przy porodzie (nieprawidłowe ułożenie dziecka, nietypowe wymiary dziecka, przodujące łożysko, owinięcie pępowiną) .....

.....

Urazy okołoporodowe:    NIE        TAK    (niedotlenienie, złamania, pęknięcie kości czaszki, wylewy krwi do mózgu, obrzęki mózgu, porażenie nerwów, napady drgawek, dystrofia płodu)

.....

.....

## III. Stan noworodka po urodzeniu

Waga urodzeniowa.....

Liczba punktów w skali Apgar.....

Żółtaczka noworodków TAK NIE

Choroby i wady wrodzone .....

Inkubator (przyczyna, czas pobytu).....

Dodatkowe informacje z pierwszych miesięcy życia dziecka (do 12 m-ca).....

.....  
.....  
.....  
**IV. Aktualny stan zdrowia**

**1. Sen**

Problemy ze snem (bezsennaść, rytuały, sennaść w ciągu dnia; czy dziecko zażywa środki usypiające lub uspokajające)                      TAK              NIE

.....  
.....  
**2. Dieta**

Karmienie w okresie niemowlęcym (karmienie piersią, butelka, mieszane)

.....  
Problemy ze ssaniem w okresie niemowlęcym:    TAK              NIE

.....  
Problemy z oddychaniem (oddychanie torem ustnym, oddychanie torem nosowym, mieszane)    TAK    NIE    TRUDNO OKREŚLIĆ

.....  
Problemy z żuciem, gryzieniem pokarmów:    TAK              NIE

.....  
jakie?.....

.....  
stopień nasilenia.....

.....  
Problemy z połykaniem pokarmów (wyciekanie pokarmu, ślinienie się, zaleganie pokarmu w jamie ustnej):    TAK    NIE

Nietolerancje pokarmowe:    TAK    NIE    TRUDNO OKREŚLIĆ

.....  
Kłopoty z apetytem:              TAK    NIE

.....  
Czy dziecko wyraża/ okazuje głód lub sytość? TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

.....  
Jakie są preferencje żywieniowe dziecka? (jakie potrawy dziecko lubi najbardziej, a jakich unika, smak, konsystencja)

.....  
:.....

.....  
Czy występują nietypowe zachowania związane z jedzeniem? TAK NIE

.....  
3. Wady wzroku.....

4. Wady słuchu .....

5. Zdiagnozowana padaczka.....

6. Alergie .....

7. Astma .....

8. Czy dziecko często ma infekcje ( jakie)? .....

.....  
9. Czy dziecko poci się nadmiernie?.....

10. Czy dziecko cierpi na bóle / głowy, brzucha, stawów, inne/jakie/ ?

.....  
11. Czy dziecko często wygląda na zmęczone?.....

12. Inne problemy zdrowotne ( gorączka, hiperwentylacja).....

.....  
13. Przyjmowane leki i preparaty witaminowe .....

## V. Dotychczasowy przebieg leczenia

1. Opieka poradni/specjalistów od urodzenia do chwili obecnej;

- poradnia genetyczna .....
- poradnia metaboliczna .....
- poradnia gastrologiczna .....
- poradnia neurologiczna .....
- poradnia okulistyczna .....
- poradnia rehabilitacyjna .....
- poradnia autyzmu .....
- poradnia laryngologiczna .....
- poradnia audiologiczna .....
- poradnia kardiologiczna .....
- poradnia ortopedyczna .....
- inne .....
- .....
- .....

2. Przebyte choroby.....

.....

3. Pobyty w szpitalu .....

.....

4. Operacje.....

5 Urazy czaszki.....

6. Czy dziecko kiedykolwiek miało drgawki padaczkowe? TAK NIE

7. Leczenie zębów (narkoza) .....

## **VI. Rozwój dziecka**

### **1. MOTORYKA DUŻA**

Siadanie.....

Pełzanie.....

Raczkowanie.....

Stanie.....

Chodzenie.....

.Napięcie mięśniowe.....

Sprawność ruchowa dziecka (bieganie, chodzenie po schodach, jeżdżenie na rowerze itp)

(aktualnie).....

.....

Czy dziecko przejawia cechy nadpobudliwości ruchowej?

TAK    NIE    TRUDNO OKREŚLIĆ

Sprawność manualna dziecka (aktualnie).....

.....

.....

## **VII. Rozwój mowy u dziecka:**

### **1. MOWA CZYNNA:**

Krzyk, płacz w okresie niemowlęcym:    TAK    NIE

Głuźenie (zbitki głosek np. ghhh, gu): TAK (wiek?).....    NIE    TRUDNO OKREŚLIĆ

Gaworzenie (sylaby, podwajane sylaby):    TAK (wiek?).....    NIE    TRUDNO

OKREŚLIĆ

Pierwsze słowa:    TAK    NIE

Wiek.....jaki:.....

Nazywanie elementów z otoczenia: TAK    NIE    TRUDNO OKREŚLIĆ

Zdania: TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

Wiek, jakie.....

Zaimki osobowe (np. ja, ty, on, mój, twój): TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

Echolalie bezpośrednie i/lub odroczone: TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

.....  
Dynamika rozwoju mowy (np. ostre załamanie/stagnacja/regres/rozwój opóźniony/rozwój prawidłowy):.....

## 2. MOWA BIERNA

Czy dziecko reaguje na swoje imię? TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

Czy dziecko rozumie proste wypowiedzi, polecenia? TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

Czy dziecko rozumie złożone wypowiedzi, polecenia?

TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

## 3. KOMUNIKACJA NIEWERBALNA

Ekspresja emocji.....

Gesty, mimika TAK NIE

.....  
Używanie ręki osoby dorosłej: TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

Gest wskazywania TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

## 4. DOTYCHCZASOWA OPIEKA LOGOPEDYCZNA

TAK NIE

gdzie.....

przebieg.....

### **VIII. Samoobsługa, trening czystości**

Czy dziecko jest pieluchowane? TAK NIE

Czy dziecko sygnalizuje chęć oddania moczu/stolca?

TAK, w jaki sposób?.....

NIE.....

Czy dziecko jest samodzielne w WC? TAK NIE

Czy występują zaburzenia w oddawaniu moczu/stolca? TAK NIE

Samodzielne jedzenie (rękami, łyżką, picie z kubka/ butelki?): TAK NIE

.....

Samodzielne ubieranie/rozbieranie się TAK NIE

.....

Czy dziecko zna części ubrania, ich przeznaczenie (czy zakłada je adekwatnie?)

TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

Mycie się samodzielne (mycie rąk, ciała): TAK NIE .....

Mycie zębów (przebieg, samodzielność, ewentualne trudności).....

.....

### **IX. Schemat ciała**

Czy dziecko zna i wskazuje części ciała (na obrazku, na sobie, na innej osobie)? TAK NIE

które?.....

Czy dziecko rozróżnia lewą i prawą stronę ciała? TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

### **X. Funkcjonowanie sensoryczne**

1. WZROK ( reakcja na nagłe światło/ ciemność, autostymulacje, np. reakcja na wirujące przedmioty, inne)

aktualnie .....



.....

2. SŁUCH (reakcja na nagły hałas, szukanie wzrokiem źródła dźwięku, zatykanie uszu, autostymulacje- nieustanne wydawanie dźwięków, głośne zabawy, inne)

aktualnie .....

.....

.....

3. WĘCH (reakcja na zapachy; nadmierne poszukiwanie lub unikanie; pobudzenie zapachem, rozpoznawanie):

aktualnie .....

.....

.....

4. Czucie powierzchniowe i głębokie

DŁONIE (reakcja na obcinanie paznokci, na głaskanie, unikanie lub poszukiwanie danych faktur):

aktualnie .....

.....

.....

STOPY(reakcja na obcinanie paznokci, na głaskanie, łaskotki, reakcja na nowe buty, czy lubi nosić skarpetki, reakcja na chodzenie boso- unikanie lub poszukiwanie danych faktur):

aktualnie .....

.....

.....

POWIERZCHNIA CAŁEGO CIAŁA (poszukiwanie lub unikanie docisku, przytulania, określonych faktur, rzucanie się na podłogę)

aktualnie .....

.....

.....

Jak dziecko reaguje na nowe ubrania?.....

.....

**NIETYPOWA REAKCJA NA BÓL:** (czy jest adekwatna do bodźca, sytuacji- przy drobnym

skaleczeniu, mocnym uderzeniu się lub upadku):

.....

Czy u dziecka występują nietypowe reakcje na zmianę temperatury? TAK NIE

.....

**CZUCIE W OBRĘBIE GŁOWY I TWARZY**

(aktualnie jak dziecko reaguje na głaskanie w tej okolicy, czy się odsuwa, czy uderza głową? reakcja na mycie włosów, twarzy)

.....

.....

.....

**XI. Kontakt wzrokowy podczas rozmowy z dzieckiem** (inicjatywa, podtrzymanie,

unikanie kontaktu wzr.)

aktualnie .....

.....

.....

**XII. Kontakt fizyczny** (poszukiwanie/ unikanie, reakcja na przytulanie, podnoszenie do góry itp):

aktualnie .....

.....

.....

**XIII. Kontakt ze zwierzętami** (reakcja na zwierzęta, czy dziecko ma kontakt?):

.....

**XIV. Zabawa**

1. Zabawa w ciągu pierwszego roku życia (ulubione zabawki, zabawy, reakcja na zaproszenie do zabawy, naśladowanie zabaw dzieci)

.....

.....

.....

.....

2. Czy dziecko obecnie bawi się zabawkami zgodnie z ich przeznaczeniem? (klocki, lala, miś, auta, puzzle, układanki, sznurek, patyk, piłka itp.)      TAK      NIE      TRUDNO

OKREŚLIĆ

3. Ulubione zabawy/ aktywności dziecka:

.....

.....

4. Czy spontaniczne zabawy dziecka mają charakter zabaw:

- konstrukcyjnych (budowanie pociągu, domku, piętrzenie klocków- wieża)

TAK    NIE    TRUDNO OKREŚLIĆ

.....

- naśladowczych (np. naśladowanie zwierząt, pojazdów, dorosłych, postaci z bajek; udawanie, że przedmiot jest czymś innym- np. klocek jest autem):

TAK    NIE    TRUDNO OKREŚLIĆ

.....

- tematycznych (zabawa ze scenariuszem, z wykorzystaniem akcesoriów, z udawaniem np. u lekarza, w sklepie, w przedszkolu)

TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

.....

5. Czy i jak dziecko porządkuje zabawki po zabawie?

TAK NIE .....

6. Czy dziecko słucha czytania bajek lub bajek z płyty (ze zrozumieniem?)

TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ .....

7. Czy dziecko ogląda książki i wskazuje palcem obrazki (spontanicznie, na polecenie?) TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ .....

8. Czy dziecko reaguje pozytywnie obecność innych dzieci (np. na placu zabaw)?

TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ .....

9. Czy dziecko włącza się do zabaw innych dzieci (w jakich sytuacjach, w jaki sposób)?

. TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

.....

10. Co może stanowić dla dziecka nagrodę? (jaka zabawa, zabawka, aktywność?)

.....

.....

11. Czy dziecko potrafi skoncentrować uwagę na wykonywanym zajęciu/ zabawie?

TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

jakie to są zabawy, zadania?

.....

## **XV. Emocje**

Dominujący nastrój dziecka.....

W jakich sytuacjach i w jaki sposób okazuje radość ? .....

.....

Czy dziecko często jest rozdrażnione? .....

Czy zdarzają się nagle z nieznanymi przyczynami ataki złości?    TAK    NIE

W jakich sytuacjach i w jaki sposób okazuje złość? .....

.....  
.....

W jakich sytuacjach i w jaki sposób okazuje że się boi? .....

.....  
.....

Czy emocje dziecka są adekwatne?.....

.....

Czy emocje dziecka są trwałe/ labilne?

.....

.....

Czy dziecko okazuje empatię? .....

Czy ma poczucie humoru?.....

Zachowania agresywne .....

.....

Autoagresja .....

.....

Stereotypy i czynności nawykowe.....

.....

Dodatkowe informacje od rodzica/opiekuna (nie ujęte w wywiadzie).....

.....

.....

.....

.....

Wywiad przeprowadziła/ty:

.....

.....

.....

.....

.....