



KWESTIONARIUSZ WYWIADU Z RODZICAMI

WCZESNE WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECKA

Dane osobowe

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon

Żłobek/przedszkole (jeśli uczęszcza)

Opieka specjalistycznych poradni (opieka lekarska/odbywane terapie)

.....

Diagnoza

Dane o rodzinie

Matka (imię i nazwisko, zawód)

Ojciec (imię i nazwisko, zawód)

Kto sprawuje opiekę nad dzieckiem?

Rodzeństwo (imię, wiek, stan zdrowia)

.....

Choroby występujące w rodzinie/trudne sytuacje rodzinne

.....

Inne ważne informacje związane z rodziną dziecka

.....

Wywiad okołoporodowy

Okres ciąży (obserwowane nieprawidłowości)

Okres okołoporodowy (obserwowane nieprawidłowości)

Okres noworodkowy (obserwowane nieprawidłowości)

Stan zdrowia

Czy dziecko miało jakieś operacje? *Tak / Nie

Jakie?

Czy dziecko chorowało na choroby zakaźne? * Tak / Nie

Jakie?

Czy dziecko choruje na choroby neurologiczne * Tak / Nie

Jakie?

Przyjmowane leki

Czy wzrok był badany? (opis ewentualnych nieprawidłowości)

.....

Czy słuch był badany? (opis ewentualnych nieprawidłowości)

.....



Rozwój ruchowy (czy występowało, wiek opanowania umiejętności)

Samodzielne siadanie

Raczkowanie

Chodzenie

Bieganie

Informacja na temat napięcia mięśniowego

Rozwój mowy i komunikacji

Gaworzenie (czy było? jeśli tak to, kiedy?)

Pierwsze słowa (czy były? jeśli tak to, kiedy?)

Pierwsze zdania (czy były? jeśli tak to, kiedy?)

Czy dziecko stosuje gest wskazywania palcem?

Wykorzystywanie alternatywnych metod komunikacji (AAC)

W jaki sposób najczęściej komunikuje się z bliskimi?

Czy jest obecna wybiórczość pokarmowa?

Czy samodzielnie pije z kubka?

Jakie są ulubione produkty/dania w diecie dziecka?

Jakich produktów / dań dziecko unika?

Samoobsługa

Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne?

Czy jest samodzielne w toalecie?

Czy samodzielnie rozbiera się?

Czy samodzielnie ubiera się

Czy samodzielnie myje się?

Jedzenie (czy samodzielnie je palcami/sztućcami?)

Zasypianie/problemy ze snem/drzemki w ciągu dnia

.....

Czy porządkuje miejsce zabawy?

Zabawa i aktywność dziecka

Preferowane aktywności/ulubione zabawki i zabawy (co dziecko lubi)

.....

Jakich aktywności dziecko nie lubi bądź unika?

.....

Czy potrafi bawić się samodzielnie?

Osoby, które spędzają czas z dzieckiem

Ulubione bajki/piosenki, itp

Czy dziecko szybko się dekoncentruje i rozprasza?

Czy dziecko przejawia potrzebę rutyny / schematu, powtarzalności zdarzeń?



Czy obserwuje się specyficzne/wyróżniające się zachowania lub zachowania samostymulujące, jakie?

.....

Czy dziecko potrafi naśladować?

Czy potrafi czekać na swoją kolej i bawić się naprzemiennie z drugą osobą?

Czy respektuje reguły gier/zabaw? (np. w grach planszowych)

Dziecko w środowisku społecznym

Przebieg adaptacji do przedszkola

.....

Zachowanie w przedszkolu, przyjaźnie, trudności

.....

Czy podejmuje się zabaw z rówieśnikami? (krótki opis kontaktów rówieśniczych)

.....

Reakcja na nowe osoby

Czy nawiązuje kontakt wzrokowy?

Czy reaguje na słowo NIE/ STOP i polecenia?

Rozwój emocjonalny dziecka

Dominujący nastrój * (*dziecko spokojne/ ciche/ ruchliwe/ wrażliwe/ płaczliwe/ pobudzone/ wycofane/ obojętne/ często smutne/ pogodne/ szybko wpadające w złość/ łatwo nawiązuje kontakty*)

Sposoby na zły humor

Lęki i zachowania lękowe

Jak reaguje w przypadku trudności, gdy coś mu nie wychodzi? * (*niepokój/ płacz/ napięcie/ złość/ krzyk/ wycofanie/ bicie/ rzucanie przedmiotami/ pobudzenie/ agresja/ autoagresja*) inne jakie?

Czy rozpoznaje i nazywa emocje u siebie i innych?

Czy pojawiają się zachowania trudne? * (np. agresja, autoagresja, krzyk, nadmierny płacz, ucieczki),
inne jakie?

W jakich sytuacjach pojawiają się trudne zachowania?

Czy są stosowane kary/konsekwencje i jak dziecko na nie reaguje?

.....

Inne ważne informacje dotyczące rozwoju dziecka, jego mocnych stron i obserwowanych trudności

.....

.....

.....

*Właściwe podkreślić

Data i podpis rodzica