**PROFIL SENSOMOTORYCZNY INTEGRACJI SENSORYCZNEJ**

**OCENA FUNKCJONALNA**

Arkusz obserwacji dziecka objętego wczesnym wspomaganiem rozwoju w zakresie

**INTEGRACJI SENSORYCZNEJ**

Sporządzono na podstawie paragraf 4 Rozporządzenie MEN z 24.08.2017r. W sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

Imię i nazwisko : ……………………………………………………………………………

Numer opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka oraz data wydania tej opinii:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I.DOTYK** | | |
| Przesadnie reaguje na niewielki ból ? | tak | nie |
| Nie zwraca uwagi na drobne skaleczenia | tak | nie |
| Lubi aktywności związane z brudzeniem się (malowanie palcami) ? | tak | nie |
| Unika aktywności związanych z brudzeniem (lepienie w plastelinie) ? | tak | nie |
| Nie lubi być niespodziewanie dotykany (lekko) ? | tak | nie |
| Lubi być dotykany (uwielbia to, poszukuje tego) ? | tak | nie |
| Poszukuje fizycznie agresywnego kontaktu (uderza w ludzi, ściany) ? | tak | nie |
| Jest szczególnie łaskotliwy ? | tak | nie |
| Unika używania dłoni do eksploracji dotykowej obiektów ? | tak | nie |
| Preferuje pewne ubrania i/lub narzeka na metki, mówi że niektóre ubrania drapią są za sztywne ? | tak | nie |
| **II. RÓWNOWAGA I RUCH** | | |
| Ma słabą równowagę ? | tak | nie |
| Ma lub miał duże problemy z nauką jazdy na rowerze ? | tak | nie |
| Podpiera głowę podczas rysowania pisania ? | tak | nie |
| Lubi kręcić się na karuzeli, krześle obrotowym ? | tak | nie |
| Często huśta się na krześle lub przyjmuje pozycję głową do dołu ? | tak | nie |
| Uwielbia huśtanie się na huśtawkach ? | tak | nie |
| Uwielbia szybki ruch ? | tak | nie |
| Wygląda na przerażone w przestrzeni (nie huśta się itp.) ? | tak | nie |
| Unika szybkiego ruchu ? | tak | nie |
| Ma chorobę lokomocyjną ? | tak | nie |
| Lubi ruch który sam inicjuje nie lubi gdy ktoś nim porusz, huśta ? | tak | nie |
| Nie lubi próbować nowych zadań ruchowych ? | tak | nie |
| Ma trudności z posługiwaniem się sztućcami ? | tak | nie |
| Ma trudności w łapaniu i/lub kopaniu piłki ? | tak | nie |
| **III. KOORDYNACJA** | | |
| Ma problemy z manipulacją (cięcie, rysowanie, zapinanie) ? | tak | nie |
| Jest niezgrabne ruchowo, często przewraca się ? | tak | nie |
| Ma trudności z uczeniem się nowych aktywności ruchowych ? | tak | nie |
| Ma trudności z różnicowaniem prawo - lewo (powyżej 7 r.ż) | tak | nie |
| Nie trzyma kartki drugą ręką gdy pisze lub rysuje ? | tak | nie |
| Źle trzyma ołówek | tak | nie |
| Brzydko pisze, nie mieści się w liniach | tak | nie |
| Nie potrafi wiązać sznurowadeł, miał trudności z nauczeniem się ? | tak | nie |
| **IV. NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE** | | |
| Wygląda na rozluźnione, wiotkie ? | tak | nie |
| Ma nieprawidłową postawę gdy siedzi lub stoi ? | tak | nie |
| Zbyt mocno ściska przedmioty (np. ołówek) ? | tak | nie |
| Zbyt lekko ściska przedmioty (np. ołówek) ? | tak | nie |
| Zbyt lekko ściska przedmioty (np. ołówek) ? | tak | nie |
| Szybko się męczy ? | tak | nie |
| Unika zabaw i gier ruchowych ? | tak | nie |
| Podpiera głowę podczas rysowania ? | tak | nie |
| Raczej prowadzi siedzący tryb życia ? | tak | nie |
| Jest niezgrabne ruchowo ? | tak | nie |
| Ma trudności z podnoszeniem cięższych przedmiotów ? | tak | nie |
| **V. SŁUCH** | | |
| Jest zirytowane, pobudzone lub zalęknione w miejscach gdzie jest głośno ? | tak | nie |
| Jest bardzo wrażliwe na dźwięki ? | tak | nie |
| Trudno mu skupić uwagę w miejscu hałaśliwym ? | tak | nie |
| Myli się wykonując polecenia słowne? | tak | nie |
| Potrzebuje powtarzania poleceń, wskazówek ? | tak | nie |
| Myli podobne dźwiękowo słowa ? | tak | nie |
| Zatyka uszy na niektóre dźwięki ? | tak | nie |
| Lubi dziwne dźwięki, lubi powtarzać pewne dźwięki ? | tak | nie |
| Mruczy, śpiewa, mówi do siebie podczas wykonywania zadania ? | tak | nie |
| Unika zabawek, innych przedmiotów wydających dźwięk ? | tak | nie |
| **VI. WZROK** | | |
| Nadwrażliwe na światło; woli światło rozproszone, półmrok ? | tak | nie |
| Ma problemy z różnicowaniem kształtów ? | tak | nie |
| Krótki okres fiksacji wzrokowej (skupienia wzroku na przedmiocie) ? | tak | nie |
| Z trudnością śledzi poruszający się przedmiot, gubi go ? | tak | nie |
| Często mruga, ma ból głowy, załzawione oczy po czytaniu ? | tak | nie |
| Jest bardzo pobudzone gdy ma do czynienia z wieloma bodźcami wzrokowymi ? | tak | nie |
| Odwraca litery, sylaby, słowa ? | tak | nie |
| Ma problemy z przepisywaniem z tablicy, książki ? | tak | nie |
| Mruży oczy podczas słonecznego dnia? | tak | nie |
| **VII. WĘCH** | | |
| Nadwrażliwe na pewne zapachy ? | tak | nie |
| Ignoruje nawet ostre i nieprzyjemne zapachy ? | tak | nie |
| Ma trudności z różnicowaniem zapachów ? | tak | nie |
| Często zatyka nos mówiąc, że "śmierdzi" ? | tak | nie |
| Nie je pokarmów bez wcześniejszego wąchania ? | tak | nie |
| Nadwrażliwe na zapach perfum, mydła, wody kolońskiej ? | tak | nie |
| Lubi wąchać różne rzeczy nie służące do jedzenia ? | tak | nie |
| Lubi mocno doprawione pokarmy ? | tak | nie |
| Preferuje pokarmy o łagodnym smaku ? | tak | nie |
| Ma łatwy odruch wymiotny na wiele zapachów ? | tak | nie |
| **VIII. UWAGA I ZACHOWANIE** | | |
| Jest nerwowe, pobudzone ? | tak | nie |
| Jest impulsywne, wyrywa się zanim zakończymy instrukcję ? | tak | nie |
| Ma problemy z organizacją zachowania, wykonywanych zadań ? | tak | nie |
| Nie może dłużej skupić się na zadaniu ? | tak | nie |
| Bardzo lubi biegać, skakać, jest ciągle w ruchu ? | tak | nie |
| Szybko i łatwo pobudzone przez dźwięki, światło itd. ? | tak | nie |
| Niespokojne wówczas gdy trzeba być cicho i koncentrować się ? | tak | nie |
| Łatwo przechodzi od płaczu do śmiechu ? | tak | nie |
| Szybko się rozprasza ? | tak | nie |
| Lubi biegać podskakiwać, być w ruchu ? | tak | nie |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SKALA** | **NORMA** | **RYZYKO** | **WYNIK** |
| **DOTYK** | 0-2 | 3-10 |  |
| **RÓWNOWAGA I RUCH: Podwrażliwość** | 0-2 | 3-7 |  |
| **RÓWNOWAGA I RUCH: Nadwrażliwość** | 0 | 1-6 |  |
| **KOORDYNACJA** | 0-3 | 4-10 |  |
| **NAPIĘCIE MIĘŚNI0WE** | 0-2 | 3-10 |  |
| **SŁUCH** | 0-2 | 3-10 |  |
| **WZROK** | 0-3 | 4-10 |  |
| **WĘCH** | 0-3 | 4-10 |  |
| **UWAGA I ZACHOWANIE** | 0-2 | 3-10 |  |