**Kwestionariusz wywiadu wstępnego z rodzicami**

( na potrzeby zajęć wczesnego wspomagania rozwoju)

1. Imię i nazwisko dziecka: ..............................................................................................................................................

2. Data urodzenia dziecka: ……..........................................................................................................................................

3. Data wywiadu: …………………………

4. Diagnoza: ………………………………………………………………………………………………………..............................................……………

5. Osoba udzielająca wywiadu: …………………………………………….......................................………………………………………………...

6. Wykształcenie rodziców / wykonywany zawód:

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

7. Czy dziecko posiada rodzeństwo? TAK NIE

IMIĘ NAZWISKO WIEK MIEJSCE NAUKI MIEJSCE PRACY

8. Czy dziecko posiada własny pokój do zabawy? TAK / NIE

9. Czy dziecko uczęszcza/ło do żłobka / przedszkola? TAK / NIE

Jakiego?.........................................................................................................................................................................

10. Czy dziecko lubi chodzić do przedszkola? TAK / NIE

Jeśli TAK co mu się podoba:………………………………...............…………................................................................................

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

Jeśli NIE dlaczego: ….……………………………………………………......................................……………………………………………………..

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

**Dane dotyczące stanu zdrowia dziecka**

11. Czy dziecko przebywało w szpitalu? TAK NIE

Jak długo? .....................................................................................................................................................................

Z jakiego powodu? ........................................................................................................................................................

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

12. Czy dziecko jest pod opieką specjalistów (lekarz neurolog, psychiatra itp…)? TAK / NIE

Jakiego/jakich?..................................................................................................................………………………………… ………..

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

Z jakiego powodu?............................................................................................................……………………………………………

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

13. Czy i na jakie choroby dziecko choruje najczęściej?

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

14. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia? TAK / NIE

(kiedy i w jakiej sytuacji doszło omdlenia lub utraty przytomności, co było przyczyną itp.) …………………….........………...

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

15. Czy dziecko ma napady padaczkowe? TAK / NIE

Jeśli tak, jak często występują? ………………………………….................................……………….……………………………………………...

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

Czy istnieją jakieś specyficzne czynniki, które mogą dodatkowo wywołać atak? ………………...............…………………………

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

16. Czy dziecko przyjmuje na co dzień leki? TAK / NIE

Jeśli tak jakie i w jakich dawkach? ……………………………................................………………………………………………………………..

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

17. Czy dziecko jest uczulone? TAK / NIE

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

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

Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka: ...........................................................................................................................

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

**Dane dotyczące terapii**

18. Kiedy została postawiona diagnoza?.......................................................................................................................

19. Czy otrzymaliście Państwo wskazówki terapeutyczne? TAK NIE

Jakie?............................................................................…...............................................................................................

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

20. Z jakiej/jakich terapii dziecko aktualnie korzysta?

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

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

**Dane dotyczące warunków i przebiegu rozwoju dziecka**

21. Okres ciąży:

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

22. Okres okołoporodowy:

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

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ROZWOJU RUCHOWEGO**

23. W jakim wieku dziecko zaczęło:

Głużyć ……………………………………............................................……………………………………………………………………….……………...

Gaworzyć .. …………………………………………………….........................................………………………………………………………………...

Mówić …………………………………………………………….........................................………………………………………………..……………...

Przewracać się z brzucha na plecy ………………………...............................…………………………………………………….……………...

Samodzielne siadać ..………………………………………………………..................................…………………………………….……………...

Pełzać ……………………………………………………………………………........................................………………………….……..……………...

Raczkować ….……………………………………………………………………......................................………………………….……..……………..

Wstawać …………………………………………………………………………......................................………………………………...……………...

Chodzić ……………………………………………………………………………........................................……………………………….……………...

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

Jeśli tak, w jaki sposób przemieszcza się ( chodzi samodzielnie, przy wsparciu, raczkuje, pełza, przesuwa się na

pośladkach, turla się itp.) …………………………….................................…………………………………………………………………………..

25. Czy Państwa dziecko posiada wady rozwojowe (skrzywienia kręgosłupa, niedowłady, porażenia kończyn,

zniekształcenia itp.)

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

**KOORDYNACJA RUCHOWA**

26. Czy dziecko potrafi:

- wykonać czynność oburącz TAK / NIE

- przekładać zabawkę z ręki do ręki TAK / NIE

- wykonać ruchy naprzemienne TAK / NIE

- turlać/ toczyć piłkę TAK / NIE

- rzucać piłkę TAK / NIE

- łapać piłkę TAK / NIE

- kopać piłkę TAK / NIE

- stać na jednej nodze TAK/ NIE

- podskoczyć obunóż TAK / NIE

- podskoczyć na jednej nodze TAK / NIE

- czy jego ruchy są płynne TAK / NIE

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

27. Sprawność manualna – czy potrafi:

- wskazywać palcem wskazującym

- klaskać w dłonie

- poruszać ręką by dotknąć określonej części ciała

- trzymać kredkę

- malować farbami

- nakładać sześciany na kołek itp.

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

**KOORDYNACJA WZROKOWO – RUCHOWA:**

28. Czy wykonuje czynności pod kontrolą wzroku np. toczy piłkę, rzuca do celu, piętrzy wieżę z klocków,

zakłada buty, wiąże sznurowadła itp.?

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

**SAMOOBSŁUGA:**

29. Jaki jest poziom samodzielności dziecka?

Zakładanie i zdejmowanie ubrań ……………………………………………………………………………………………..

Mycie się ………………………………………………………………………………………………………………………...

Mycie zębów …………………………………………………………………………………………………………………….

Czesanie …………………………………………………………………………………………………………………………

Jedzenie posiłków ………………………………………………………………………………………………......................

Picie ………………………………………………………………………………………………………………......................

Sygnalizowanie potrzeb fizjologicznych, opanowanie treningu czystości…………………………………......................

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

30. Czy dziecko potrafi przeżuwać pokarmy? TAK NIE

Jeśli nie proszę opisać przyczynę…………………………………………………...........................…........................………………………

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

31. Czy występują jakieś pokarmy, na które dziecko jest uczulone bądź których dziecko nie lubi jeść? TAK/NIE

 Jeśli tak proszę napisać jakie:

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

32. Czy dziecko jest na specjalnej diecie?

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

33. Czy dziecku trzeba przypominać o załatwianiu potrzeb fizjologicznych? TAK / NIE

Jak często? ………….........................................…………………………………………………………………………………………………………..

34. Czy wymaga przy tym pomocy? TAK / NIE

**NAWIĄZYWANIE KONTAKTU**

35. W jaki sposób dziecko nawiązuje kontakt (wzrokowy, fizyczny, emocjonalny, słowny, przez przedmiot itp.)

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

36. Czy dziecko ma łatwość w nawiązywaniu kontaktów z innymi (sam go inicjuje, unika kontaktu, odpowiada

na kontakt inicjowany przez inne osoby itp.)

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

37. Osoby, z którymi nawiązuje kontakt( rodzice, opiekunowie, rodzeństwo, osoby nieznane, dzieci itp.)

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

38. Czy dziecko ma kolegów, koleżanki w miejscu zamieszkania? TAK NIE

Jeżeli TAK ilu, jak często się kontaktują, jak wyglądają ich zabawy? ………………………......................……………………………..

39. W jaki sposób komunikują się Państwo z dzieckiem (językiem mówionym, sylaby, pojedyncze wyrazy,

zdania proste, złożone, zniekształcenia w zakresie mowy, agramatyzmy, językiem miganym, piskiem,

nieartykułowane dźwięki, krzyk, chrząkanie, płacz, gestami, mimiką, pismem, rysunkiem, obrazkiem,

piktogramem, PCS – ami)?

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**EMOCJE:**

40. Cechy charakterystyczne dziecka:

Dziecko jest raczej: pogodne, spokojne, ruchliwe, płaczliwe, lękliwe, zamknięte w sobie, odważne

W kontaktach z innymi dziecko: uległe, narzuca swoją wolę, współdziała, troskliwe, obojętne

W zdenerwowaniu lub złości najczęściej: płacze, rzuca się na ziemię, bije innych, bije siebie, gryzie siebie,

gryzie innych, szczypie siebie, szczypie innych, zamyka się w sobie, ustępuje,

inne zachowania ………………………………...........................................……………………………………………….………………………………

Dziecko gdy jest radosne najczęściej ………………………………….....................................…………………………………………………….

gdy jest smutne najczęściej ……………………………….......................................…………………………………………………………………...

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

41. Czy Państwa dziecko jest agresywne w stosunku do siebie lub innych osób? TAK / NIE

Jeśli TAK proszę opisać jakie są to zachowania ……………….................................…………………………………………………………….

Co może wywołać zachowanie agresywne? ……………….................................…………………………………………………………………

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

Jaki jest najlepszy sposób postępowania z Państwa dzieckiem w trakcie napadu złości? ……………..............………………..

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

42. Czy występują u Państwa dziecka inne zachowania trudne/niepożądane? TAK / NIE

Jakie? ………………………………………….............................................…………………………………………………………………………………..

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

43. Czy są sytuacje, w których Państwa dziecko się boi? TAK / NIE

Proszę podać jakie sytuacje wywołują lęk? .....................................................................................................................

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

44. W jaki sposób dziecko rozładowuje napięcie?

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

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

45. Czy u dziecka występują stereotypie? TAK / NIE

Jakie? …………………………………………………………………………...........................................…………………………………………………..

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

46. Czy dziecko ma problemy ze snem ? Czy śpi jeszcze w ciągu dnia?...........................................................................

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

**USPOŁECZNIENIE:**

47. Czy dziecko uczestniczy w zabawach grupowych z innymi dziećmi/dorosłymi?

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

48. Czy dziecko potrafi współpracować w zespole/grupie?

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

49. Jaki jest stosunek dziecka do otoczenia?

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

50. W domu najczęściej bawi się z: Mamą, tatą, innymi dorosłymi, z innymi dziećmi, samo, nie bawi się

51. W jaki sposób spędzają Państwo czas z dzieckiem (np. ulubione wspólne czynności ) ? ……………............……………

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

52. Kto spędza najwięcej czasu z dzieckiem?..................................................................................................................

53. W czasie wolnym dziecko najchętniej zajmuje się:

Zabawkami, Rysowaniem, Malowaniem, Lepieniem z plasteliny, modeliny, Zabawą w ciastolinie, Bieganiem,

Kręceniem przedmiotami, Tańcem, Budowaniem z klocków, Oglądaniem T, Oglądaniem książek, czasopism,

Czytaniem książek, czasopism, Słuchaniem czytanych bajek, Pomaganiem w codziennych czynnościach

Ma własne zainteresowania – jakie? ……………………………………………………………………..............................…………………..

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

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

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

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

55. W jaki sposób dziecko bawi się zabawkami?

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

56. Czy u dziecka występują autostymulacje? TAK / NIE

Jeśli TAK, proszę podać jakie? …………………………………………………………....................................……………………………………

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

57. Czy dziecko ma jakieś zainteresowania?

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

58. Czy dziecko potrafi zorganizować sobie czas, jakie są to formy spędzania czasu wolnego?

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

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

**FUNKCJE PSYCHICZNE:**

59. Spostrzeganie (proszę opisać)

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

60. Pamięć – słowna, wzrokowa, ruchowa, słuchowa (proszę opisać)

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

61. Uwaga (proszę opisać)

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

62. Myślenie (proszę opisać)

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

**FUNKCJONOWANIE ZMYSŁÓW:**

63. Proszę opisać funkcjonowanie zmysłu wzroku u Państwa dziecka (wady wzroku – zez, oczopląs itp.; cechy

widzenia – pole widzenia, widzenie z dali, widzenie z bliska, kąt widzenia itp.; nadwrażliwość,

niedowrażliwość wzrokowa)

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

64. Proszę opisać funkcjonowanie zmysłu słuchu u Państwa dziecka (wady słuchu – niedosłuch – proszę

podać w jakim stopniu, ewentualnie załączyć badanie słuchu, nadwrażliwość, niedowrażliwość słuchowa

itp. )

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

65. Proszę opisać funkcjonowanie zmysłu dotyku i propriocepcji ( nadwrażliwość, niedowrażliwość dotykowa,

bodźce dotykowe, które dziecko lubi bądź których

unika)……………………......................................................................................................……………………………………………

66. Proszę opisać funkcjonowanie zmysłu smaku i węchu ( nadwrażliwość, niedowrażliwość smakowa i

węchowa)

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

67. Proszę opisać funkcjonowanie równowagi u Państwa dziecka (trudności z utrzymywaniem równowagi, lubi/

nie lubi zmian położenia ciała, cierpi na chorobę lokomocyjną, boi się wchodzić i schodzić ze schodów, nie

potrafi omijać przeszkód, nie lubi bujać się na huśtawkach itp.)

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

68. Czy dziecko posiada obowiązki w domu?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

69. Proszę podać trzy dominujące cechy charakteru dziecka:

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

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

70. Jaki system wzmocnień stosują Państwo w domu?

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

71. Inne informacje i sugestie, które chcielibyście Państwo przekazać:

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

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

 (podpis rodzica) (podpis osoby przeprowadzającej wywiad)