

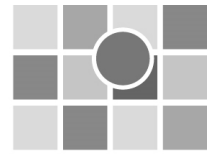
Kwestionariusz wywiadu diagnostycznego (rodzice, opiekunowie prawni)
 Prosimy o wypełnienie **SZARYCH PÓL** przed pierwszą wizytą i **wydrukowanie** kwestionariusza

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	
Opiekunowie prawni (prosimy o podanie pełnych danych):	
Opiekunowie faktyczni (mieszkający z dzieckiem):	
Data wypełnienia kwestionariusza:	
Kwestionariusz został wypełniony przez:	

1. Jaki jest bezpośredni powód zgłoszenia się z dzieckiem na badanie? Prosimy o opisanie najważniejszych objawów / problemów dziecka: kiedy się zaczęły, jak zmieniały się w czasie, jak często występują? Co ma negatywny, a co pozytywny wpływ na funkcjonowanie dziecka? Prosimy o opisanie konkretnych zachowań dziecka.

2. Czy u dziecka występują jeszcze inne, dodatkowe problemy, które Państwa niepokoją? Prosimy o wymienienie wszystkich.

Problem	Przykładowe zachowanie dziecka



POZA SCHEMATAMI

GABINETY PSYCHOLOGICZNE
PSYCHOTERAPEUTYCZNE
PSYCHIATRYCZNE

3. W jaki sposób problemy / objawy dziecka wpływają na jego:

funkcjonowanie w szkole:	
relacje w domu:	
relacje z rówieśnikami:	

4. Jakie są zalety, mocne strony waszego dziecka?

--

5. Jakie są Państwa oczekiwania po tym spotkaniu (spotkaniach)?

--

6. Czy wcześniej szukaliście Państwo pomocy – np. neurologicznej, psychiatrycznej, psychologicznej? Czy dziecko uczęszczało na terapię /wpisujemy każdą formę/?

Rok, specjalista	Powód wizyty, diagnoza	Leczenie, terapia	Jakie efekty przyniosło leczenie?

7. Czy kiedykolwiek dziecko przyjmowało leki zapisywane przez neurologa lub psychiatrę? Jeśli tak, prosimy o dokładne podanie danych.

Nazwa leku	Okres podawania	Powód leczenia	Efekt leczenia

8. Czy dziecko na stałe przyjmuje jakieś leki?

Nazwa leku	Od kiedy	Powód leczenia	Efekt leczenia

9. Wcześniejsze konsultacje:

Czy dziecko leżało na oddziale psychiatrycznym?	Tak*	Nie
Czy dziecko leżało na oddziale neurologicznym?	Tak*	Nie
Czy kiedykolwiek wykonywano badanie EEG?	Tak*	Nie
Czy kiedykolwiek wykonano badanie tomografii komputerowej lub rezonansu głowy?	Tak*	Nie
Czy kiedykolwiek miało miejsce badanie lub konsultacja genetyczna?	Tak*	Nie
Czy kiedykolwiek wykonywane były badania metaboliczne?	Tak*	Nie

* jeśli „tak” poprosimy o dołączenie kopii kart wypisowych lub opisów wyników.

10. Czy dziecko było badane przez psychologa? Czy miało wykonane badanie w kierunku specyficznych trudności szkolnych (dysleksja) lub badanie inteligencji?

Nie	Tak – prosimy o opisanie kiedy, z jakiego powodu? *
-----	---

* jeśli tak prosimy o uzyskanie informacji o nazwach testów i ich wyników.

11. Informacje na temat rozwoju dziecka?

Przebieg ciąży:	Prawidłowy	Nie, pojawiły się następujące problemy:
Użytki w czasie ciąży:	Czy w czasie ciąży mama paliła papierosy, piła alkohol lub brała narkotyki? Prosimy o szczegółowe informacje:	
Poród:	Prawidłowy	Nie, pojawiły się następujące problemy:
Rozwój ruchowy: siadanie, raczkowanie, chodzenie	Prawidłowy	Nie, pojawiły się następujące problemy:
Rozwój mowy:	Prawidłowy	Jeśli rozwój mowy był opóźniony, czy dziecko mówiło pierwsze słowa przed 2 rokiem życia? W jakim wieku pojawiły się pierwsze słowa, mowa?

12. Czy dziecko lubi się przytulać do bliskich mu osób? Czy nawiązuje kontakt wzrokowy? Czy dziecko uśmiecha się na widok bliskich osób?

13. Czy dziecko jest empatyczne, przejmując się emocjami, zdrowiem innych osób lub zwierząt?

14. Czy u dziecka powyżej 5 roku życia występują jakiegokolwiek problemy z zanieczyszczaniem się lub moczeniem? Jeśli tak prosimy, by dokładnie je opisać.

15. Czy dziecko cierpi z powodu choroby przewlekłej np. padaczka, cukrzyca? Czy u dziecka rozpoznano kiedykolwiek wadę serca lub jakiegokolwiek problemy z sercem? Czy dziecko uległo poważnym urazom, w tym urazom głowy?*

** jeśli tak prosimy o dołączenie kart informacyjnych oraz wyników najważniejszych badań.*

16. Czy u dziecka kiedykolwiek obserwowaliście Państwo lub zostały rozpoznane następujące problemy. Jeśli tak – prosimy o dodatkowe informacje – od kiedy, jak długo trwały, czy nadal jest to problem, w jakim stopniu wpływają na życie dziecka?

Zaburzenia rozwoju mowy:	Nie	Tak:
Lęk przed zostawaniem bez rodziców (po 6 r.ż.)	Nie	Tak:
Lęk przed chodzeniem do szkoły:	Nie	Tak:
Inne problemy lękowe:	Nie	Tak:
Depresja:	Nie	Tak:
Myśli bądź próby samobójcze:	Nie	Tak:
Tiki:	Nie	Tak:
Natęctwa:	Nie	Tak:
Papierosy:	Nie	Tak:
Alkohol:	Nie	Tak:
Narkotyki:	Nie	Tak:
Dopalacze:	Nie	Tak:

17. Czy dziecko miało problemy z prawem, ma przyznanego kuratora sądowego, było usunięte ze szkoły?

18. Czy dziecko chodziło do przedszkola? Jeśli tak, czy obserwowaliście Państwo problemy związane z zachowaniem, wykonywaniem poleceń, wchodzeniem w relacje z innymi dziećmi (czy dziecko było lubiane, izolowało się, było odrzucane przez inne dzieci)? Czy nauczyciele przedszkolni zgłaszali Państwu trudności lub problemy dziecka?

19. Prosimy o opisanie zabaw dziecka. Czy syn/córka bawi się podobnie jak rówieśnicy? Czy woli samotne zabawy, czy z rówieśnikami? Czy w ogóle lubi się bawić?
Czy potrafi „bawić się na niby” – np. zabawa w sklep, organizowanie przyjęć, zabawa w strażaka i gaszenie pożarów, policjanta i złodziei? Czy dziecko zawsze chce narzucać innym swoje pomysły lub bawi się stereotypowo, ciągle powtarzając te same zabawy?

20. Czy dziecko ma monotematyczne zainteresowania – wszystko, co robi, musi wiązać się z określonym tematem i raczej nie da się wciągnąć w inne zabawy, np. proponowane przez dzieci?

--

21. Jak dziecko radzi sobie w szkole? Prosimy o opisanie wszystkich poniższych punktów?

Wyniki w nauce:	
Koncentracja:	
Wykonywanie poleceń i przestrzeganie zasad:	
Kontakty z rówieśnikami:	
Kontakty z dorosłymi:	
Uwagi, skargi nauczycieli:	

22. Czy dziecko ma kontakty z rówieśnikami poza szkołą? Jak często? Jak te kontakty wyglądają?

23. Jakie są „wyspy kompetencji” dziecka poza szkołą? Innymi słowy, w czym jest dobre, gdzie odnosi sukcesy?

24. Jak przebiega odrabianie lekcji? Czy dziecko robi je samo, czy z pomocą dorosłego? Ile czasu ono trwa?

25. Jeśli dziecko złamie w domu zasadę, ważną dla Państwa regułę, jakie działania podejmujecie?

26. Jakie macie Państwo domowe zasady dotyczące korzystania z urządzeń mających ekrany? Jak to działa w praktyce?

27. Czy dziecko jest adoptowane lub przebywa w rodzinie zastępczej, domu dziecka, rodzinnym domu dziecka? Jeśli tak, prosimy o krótkie opisanie historii dziecka, zanim się z nim związaliście.

28. Jaki jest skład rodziny? Kto mieszka razem z dzieckiem – prosimy o wymienienie wszystkich osób? W jaki sposób rodzice / opiekunowie prawni w praktyce dzielą się opieką nad dzieckiem?

29. Rodzeństwo:

Imię	Wiek	Stopień pokrewieństwa*	Problemy zdrowotne lub wychowawcze

* rodzeństwo biologiczne, przyrodnie, dziecko partnera z poprzedniego związku itp.

30. Z kim dziecko mieszka w pokoju? Jak śpi (samo w pokoju, z kimś w pokoju / łóżku)?

31. Informacje o mamie biologicznej:

Wiek:	
Wykształcenie :	
Czy mama pracuje*, jest na urlopie wychowawczym itp.?	
*Ile czasu zajmuje życie zawodowe?	
Stan zdrowia? Leczenie z powodu chorób przewlekłych?	
Problemy kardiologiczne (z sercem)?	
Korzystanie z pomocy psychiatrycznej, psychologicznej? Jeśli tak, prosimy opisać?	
Czy były próby samobójcze?	
Problemy z używkami – papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze?	
Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza u osób w młodym wieku?	
Czy w rodzinie były osoby korzystające z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, to z jakiego powodu?	
Czy w rodzinie były próby samobójcze?	
Ważne dodatkowe informacje:	

32. Informacje o mamie – wypełniamy tylko w przypadku, gdy opiekunem faktycznym nie jest mama biologiczna.

Wiek:	
Wykształcenie :	
Czy mama pracuje*, jest na urlopie wychowawczym itp.?	
*Ile czasu zajmuje życie zawodowe?	
Stan zdrowia? Leczenie z powodu chorób przewlekłych?	
Problemy kardiologiczne (z sercem)?	
Korzystanie z pomocy psychiatrycznej, psychologicznej? Jeśli tak, prosimy opisać?	
Czy były próby samobójcze?	
Problemy z używkami – papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze?	
Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza u osób w młodym wieku?	
Czy w rodzinie były osoby korzystające z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, to z jakiego powodu?	
Czy w rodzinie były próby samobójcze?	
Ważne dodatkowe informacje:	

33. Informacje o tacie biologicznym:

Wiek:	
Wykształcenie:	
Czy tata pracuje*, jest na urlopie wychowawczym itp.?	
*Ile czasu zajmuje życie zawodowe?	
Stan zdrowia? Leczenie z powodu chorób przewlekłych?	
Problemy kardiologiczne (z sercem)?	
Korzystanie z pomocy psychiatrycznej, psychologicznej? Jeśli tak, prosimy opisać?	
Czy były próby samobójcze?	
Problemy z używkami – papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze?	
Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza u osób w młodym wieku?	
Czy w rodzinie były osoby korzystające z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, to z jakiego powodu?	
Czy w rodzinie były próby samobójcze?	
Ważne dodatkowe informacje:	

34. Informacje o tacie – wypełniamy tylko w przypadku gdy opiekunem faktycznym (mieszkającym z dzieckiem) nie jest tata biologiczny.

Wiek:	
Wykształcenie:	
Czy tata pracuje*, jest na urlopie wychowawczym itp.?	
*Ile czasu zajmuje życie zawodowe?	
Stan zdrowia? Leczenie z powodu chorób przewlekłych?	
Problemy kardiologiczne (z sercem)?	
Korzystanie z pomocy psychiatrycznej, psychologicznej? Jeśli tak, prosimy opisać?	
Czy były próby samobójcze?	
Problemy z używkami – papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze?	
Czy w rodzinie były nagłe zgony, zwłaszcza u osób w młodym wieku?	
Czy w rodzinie były osoby korzystające z pomocy psychiatrycznej? Jeśli tak, to z jakiego powodu?	
Czy w rodzinie były próby samobójcze?	
Ważne dodatkowe informacje:	

35. Codzienne funkcjonowanie:

Jakie są najważniejsze rodzinne problemy?	
Jakie są mocne strony rodziny?	
Jak opisalibyście Państwo domową atmosferę?	
Jak przebiega poranek (poranna rutyna)?	
Jak przebiega wieczór (wieczorna rutyna)?	
W jaki sposób spędzacie Państwo razem wolny czas?	
Czy dziecko ma swoje hobby? Czy uczestniczą w nim rodzice, rodzeństwo?	

Bardzo dziękujemy na wypełnienie kwestionariusza.