

# WYWIAD O DZIECKU DLA ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

## CZĘŚĆ I

Imię i nazwisko dziecka .....

### **Dane środowiskowe**

#### DANE MATKI

wiek: ..... wykształcenie: ..... wykonywany zawód: .....

#### DANE OJCA

wiek: ..... wykształcenie: ..... wykonywany zawód: .....

#### DANE OPIEKUNÓW PRAWNYCH (W PRZYPADKU, GDY NIE SĄ NIMI RODZICE)

wiek: ..... wykształcenie: ..... wykonywany zawód: .....

wiek: ..... wykształcenie: ..... wykonywany zawód: .....

Stopień pokrewieństwa wobec dziecka: .....

Rodzeństwo dziecka (imiona, wiek, stan zdrowia i przebieg rozwoju)

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

Problemy zdrowotne i rozwojowe w rodzinie (w tym z mową)

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

### **Historia rozwoju dziecka**

#### *Ciąża*

Stan zdrowia rodziców (przebyte choroby, leczenie, konflikt serologiczny)

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

Która ciąża z kolei: ..... Przebieg ciąży (przyjmowane leki, zabiegi medyczne, dodatkowe badania, zalecenia lekarza, ogólne samopoczucie matki)

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

#### *Poród*

Który z kolei? ..... Poród w ..... tygodniu ciąży. Poród naturalny/ cesarskie cięcie

Powód wykonania cesarskiego cięcia

---

---

---

skala Apgar: ..... waga urodzeniowa: ..... wzrost: .....

Ewentualne powikłania okołoporodowe, wykonane zabiegi medyczne, stan dziecka, zalecenia

---

---

---

### ***Rozwój dziecka***

wiek siadania: ..... wiek raczkowania: ..... wiek chodzenia: .....

Rozwój mowy i komunikacji

---

---

---

Trening czystości i samodzielność (np. korzystanie z nocnika, samodzielne jedzenie)

---

---

---

Ewentualne problemy ze snem:

---

---

---

Funkcjonowanie dziecka w żłobku / przedszkolu / szkole (z perspektywy rodziców)

---

---

---

Zabawa i aktywności dziecka/ucznia

W co i czym dziecko lubi się bawić? Jak uczeń spędza wolny czas?

---

---

---

Czego nie lubi robić?

---

---

---

Co sprawia dziecku/uczniowi trudność?

---

---

---

Sprawność fizyczna dziecka/ucznia

---

---

---

Przebyte urazy, choroby, zabiegi medyczne, pobyty w szpitalu:

---

---

---

Reakcja na szczepienia

---

---

---

Leki przyjmowane przez czas dłuższy niż 2 miesiące (aktualnie lub w przeszłości)

---

---

---

Ewentualne problemy żywieniowe (np. ograniczenia repertuaru żywieniowego, nietolerancje)

---

---

---

Relacje społeczne dziecka/ucznia

Relacje z rodzicami, rodzeństwem i innymi członkami rodziny?

---

---

---

Jak dziecko/uczeń nawiązuje kontakt z rówieśnikami?

---

---

---

Inne ważne informacje na temat funkcjonowania lub/i przebiegu rozwoju dziecka/ucznia

---

---

---

Czy dziecko było konsultowane przez lekarzy – obok daty proszę zaznaczyć czy to stała opieka czy jednorazowa konsultacja:

lekarz	data (rok)	wynik konsultacji
laryngolog TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
okulista TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
neurolog TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
psychiatra TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
rehabilitacji TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
inny lekarz – jaki?		

.....  
data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów dziecka