| ***Wywiad wstępny*** | |
| --- | --- |
| *W dniu diagnozy proszę dostarczyć do lekarza min.: ksero opinii ze szkoły, (przedszkola), wyniki badań np. neurologicznych, okulistyczne…. oraz oryginały do wglądu.* | |
| ***Skąd Pan/Pani dowiedział/a się o naszej Poradni?*** |  |
| ***Dane pacjenta*** | |
| *Imię i nazwisko dziecka:* |  |
| *Data urodzenia:* |  |
| *Wiek dziecka:* |  |
| *PESEL dziecka/pacjenta :* |  |
| *PESEL rodzica:*  *Imię nazwisko rodzica* |  |
| *Adres zamieszkania :*  *(Kod pocztowy, gmina, ulica, nr domu )* |  |
| *Telefon,*  *e-mail:* |  |
| *Diagnoza na NFZ / prywatna* |  |
| ***Powód zgłoszenia*** |  |
| *Wywiad uzupełnił (stopień pokrewieństwa)* |  |
| *Matka (rok ur., wykształcenie, zawód, miejsce pracy)* |  |
| *Ojciec (rok ur., wykształcenie, zawód, miejsce pracy)* |  |
| *Rodzeństwo (rok ur.)* |  |
| *Inne osoby w domu* |  |
| *Stan rodziny (pełna, rozwiedziona, w separacji, dzieci z poprzednich związków)* |  |
| *Stan zdrowia rodziców* |  |
| *Obciążenia rodzinne (neurologiczne, psychiatryczne, upośledzenia, całościowe zaburzenia rozwoju, uzależnienia, inne)* |  |
| *Orzeczenie o niepełnosprawności (symbol, do kiedy)* |  |
| *Aktualna placówka, do której uczęszcza dziecko* |  |
| ***Stan zdrowia*** | |
| *Diagnoza całościowych zaburzeń rozwoju (lekarz, rok)* |  |
| *Przebyte i aktualne choroby, pobyty w szpitalu, alergia, astma, wada wzroku, wada słuchu, wstrząsy mózgu, drgawki, inne* |  |
| *Przyjmowane leki* |  |
| *Badania (odbyte, zaplanowane, itp.)* | |
| *psychiatryczne* |  |
| *psychologiczne* |  |
| *neurologiczne* |  |
| *genetyczne* |  |
| *metaboliczne* |  |
| *laryngologiczne* |  |
| *audiologiczne* |  |
| *foniatryczne* |  |
| *okulistyczne* |  |
| *kardiologiczne* |  |
| *alergologiczne* |  |
| *Opieka poradni specjalistycznych* |  |
| ***Ciąża i jej przebieg*** | |
| *Która ciąża?* |  |
| *Które dziecko?* |  |
| *Przebieg ciąży - stan zdrowia matki* |  |
| *W którym tygodniu urodzono dziecko (Hbd)* |  |
| *Przebieg porodu (siłami natury, CC)* |  |
| *Powikłania i urazy (nieprawidłowe położenie dziecka, zbyt duże wymiary dziecka, przodujące)*  *łożysko, owinięcie pępowiną, niedotlenienie)* |  |
| *Waga* |  |
| *Długość* |  |
| *Apgar* |  |
| *Choroby i wady wrodzone* |  |
| ***PIERWSZE NIEPOKOJĄCE OBJAWY W ZACHOWANIU DZIECKA***  (PROSZĘ O WYPEŁNIENIE! – informacje niezbędne do diagnozy) | |
| ***Rozwój dziecka do 12 m-c*** | |
| *Czy reagowało uśmiechem na twarz matki?* |  |
| *Czy interesowało się grzechotkami, zabawkami?* |  |
| *Czy i jak reagowało na zabawy takie jak idzie rak nieborak, „a kuku”?* |  |
| *Siadanie (kiedy)* |  |
| *Raczkowanie (kiedy)* |  |
| *Stanie (kiedy)* |  |
| *Chodzenie (samodzielne, kiedy)* |  |
| *Pierwsze słowa (kiedy, jakie), czy dziecko wskazywało palcem zabawki, czy spełniało proste polecenia, jak daj, weź, usiądź, chodź, itp.* |  |
| *Kontakt wzrokowy (czy nawiązywało, czy wodziło wzrokiem za zabawkami, osobami)* |  |
| *Czy było zainteresowane innymi osobami czy raczej było bardziej skupione na sobie, własnych aktywnościach lub zabawkach* |  |
| ***ROZWÓJ DZIECKA do 36 -mc*** | |
| *Czy łapie, kopie, rzuca piłkę?* |  |
| *Czy schodzi ze schodów sam czy z pomocą?* |  |
| *Czy podskakuje obunóż, stoi na 1 nodze, jeździ na trzykołowym rowerku?* |  |
| *Napięcie mięśniowe (obniżone, np. wypadają mu przedmioty z rąk, jest wiotkie, przelewa się przez ręce. Wzmożone, np. zaciska pięści, ma bardziej napiętą lewą lub prawą stronę, itp.)* |  |
| *Czy dziecko przejawia cechy nadpobudliwości ruchowej? (np. nie potrafi usiedzieć w miejscu, jest w ciągłym ruchu, itp.)* |  |
| *Sprawność ruchowa dziecka (aktualnie - ogólnie)* |  |
| *Czy potrafi ułożyć wieże z klocków?* |  |
| *Czy trzyma prawidłowo kredkę? (aktualnie)* |  |
| *Sprawność manualna dziecka (czy ma trudności z czynnościami wymagającymi precyzji ruchów, między innymi: rysowaniem, malowaniem, kolorowaniem? ) - aktualnie* |  |
| ***Rozwój mowy u dziecka*** | |
| *Czy pojawiło się gaworzenie?* |  |
| *Pierwsze słowa (kiedy i jakie)* |  |
| *Zasób słownictwa (ubogi – kilka słów, bogaty – nad wiek, itp.)* |  |
| *Naśladowanie dźwięków (czy dziecko potrafi naśladować odgłosy zwierząt, dźwięki otoczenia)* |  |
| *Budowanie zdań (zdania proste, pojedyncze, rozbudowane, złożone, w ogóle nie buduje zdań)* |  |
| *Zadawanie pytań (czy dziecko zadaje pytania?)* |  |
| *Zaimki osobowe (np., ja, ty, moje, twoje, itp.)* |  |
| *Mowa swoista(czy dziecko mówi ”po swojemu”, w sposób niezrozumiały dla otoczenia)* |  |
| *Echolalie (jak „echo” - czy dziecko powtarza zasłyszane słowa, bezpośrednio – zaraz po usłyszeniu, w odroczeniu – usłyszane dużo wcześniej)* |  |
| *Intonacja (czy wypowiedzi dziecka mają wydźwięk emocjonalny, czy zmienia barwę, ton mowy czy zawsze mówi w ten sam sposób)* |  |
| *Aktualny rozwój mowy* |  |
| *Opieka logopedyczna* |  |
| *Reakcja na imię (czy dziecko reaguje na swoje imię)* |  |
| *Reakcja na proste polecenia* |  |
| *Rozumienie złożonych poleceń* |  |
| ***Komunikacja niewerbalna*** | |
| *Ekspresja mimiczna (czy u dziecka widać emocje na twarzy)* |  |
| *Używanie gestykulacji podczas rozmowy* |  |
| *Wskazywanie preżądające (czy dziecko pokazuje palcem wskazującym co chce dostać)* |  |
| *Wskazywanie preinformujące (czy dziecko pokazuje coś (np. zabawkę) palcem wskazującym w celu zainteresowania nim drugiej osoby)* |  |
| *Czy dziecko kiwa głową na „tak”, przeczy na „nie”?* |  |
| *Używanie ręki osoby dorosłej (czy dziecko posługuje się ręką rodzica, ciągnie za nią, wkłada do niej przedmioty, np. w celu otworzenia, itp.)* |  |
| ***Dieta*** | |
| *Rozpoznanie nietolerancji pokarmowej* |  |
| *Okres diety (bezglutenowej, bezmlecznej)* |  |
| *Wybiórczość żywieniowa - nasilenie i inne problemy z jedzeniem* |  |
| ***Sen*** | |
| *Problemy ze snem we wczesnym dzieciństwie* |  |
| *Rytuały związane ze snem (dziecko nie zaśnie bez np. ulubionej poduszki czy bez obecności danej osoby),* |  |
| *Lęki, koszmary, wybudzenia* |  |
| *Czy zasypia i śpi sam* |  |
| ***Samodzielność*** | |
| *Trening czystości (samodzielne czy pampersowane)* |  |
| *Jedzenie (czy je samo, czy jest karmione)* |  |
| *Ubieranie (guziki, sznurówki, tempo)* |  |
| *Rozbieranie* |  |
| *Kąpiel, mycie się, mycie zębów* |  |
| ***Kontakt wzrokowy z dzieckiem*** | |
| *Pierwsze 36 miesięcy* |  |
| *Aktualnie (czy nawiązuje, unika, nadmiernie się wpatruje, itp.)* |  |
| *Z obcymi osobami* |  |
| *Z rodziną* |  |
| ***Zabawa*** | |
| *Zabawy z rodzicami czy samemu* |  |
| *Zabawy z rówieśnikami czy dorosłymi* |  |
| *Naśladowanie czynności* |  |
| *Formy zabawy ok 2/3 r.ż. (czym i w jaki sposób się bawiło)* |  |
| *Aktualne formy zabawy, spędzania wolnego czasu* |  |
| *Zabawy zabawkami zgodnie z przeznaczeniem* |  |
| *Zabawy manipulacyjne (przekładanie przedmiotów z ręki do ręki, poruszanie elementami zabawek, itp.)* |  |
| *Zabawy konstrukcyjne (np. budowanie z klocków)* |  |
| *Zabawy naśladowcze (np. czy karmi misia)* |  |
| *Zabawy tematyczne (w policjanta, w sklep, itp.)* |  |
| *Szczególne zainteresowania* |  |
| *Oglądanie książeczek i wskazywanie palcem we wczesnym dzieciństwie* |  |
| *Niechęć do słuchania bajek* |  |
| *Oglądanie telewizji, korzystanie z gier komputerowych* |  |
| *Zabawy sportowe, grupowe, ruch na świeżym powietrzu, aktywność fizyczna* |  |
| *Preferencja informacji encyklopedycznych* |  |
| *Orientacja w schemacie ciała (czy pokazuje części ciała, nazywa)* |  |
| *Lateralizacja (którą ręką pisze, kopie)* |  |
| ***Kontakt z innymi osobami / rówieśnikami*** | |
| *Pierwsze 36 miesięcy* |  |
| *Aktualnie* |  |
| *Problemy w relacjach społecznych* |  |
| *Informacje od nauczycieli, wychowawców* |  |
| ***Schematyczność, stereotypowość zachowania*** | |
| *Manieryzmy ruchowe, podskakiwanie, kręcenie się w kółko – czynności, które dziecko często powtarza* |  |
| *Układanie w rządki* |  |
| *Przywiązanie do znanego porządku otoczenia (trasy, ułożenia przedmiotów, itp.)* |  |
| *Niechęć do nagłych zmian, niespodzianek* |  |
| *Zachowania kompulsywne (powtarzające się, natrętne czynności, które dziecko musi wykonać, np. lęk przed brudem, zmoczeniem ubrania, konieczność określonego układu przedmiotów w otoczeniu, itp.)* |  |
| ***Emocje*** | |
| *Dominujący nastrój dziecka (np. pogodny, obojętny, płaczliwy, rozdrażniony, itp.)* |  |
| *Adekwatność emocji do sytuacji*  *(np. śmieje się gdy ktoś płacze, jest smutne w pozytywnych okolicznościach, itp.)* |  |
| *Przyczyny radości i sposoby jej wyrażania* |  |
| *Nagłe napady złości, płaczu, krzyku* |  |
| *Sytuacje lęku* |  |
| *Przyczyny złości i sposoby jej wyrażania* |  |
| *Poczucie humoru, rozumienie zabawnych sytuacji życia codziennego, dystans do siebie* |  |
| *Czy dziecko jest z kimś szczególnie związane?* |  |
| *Czy dziecko okazuje empatię, potrafi bez słów zrozumieć uczucia i myśli innych?* |  |
| ***Agresja i autoagresja*** | |
| *Agresja (przyczyny, wobec kogo /czego jest kierowana)* |  |
| *Zachowania autoagresywne (agresja skierowana na siebie)* |  |
| ***Zaburzenia sensoryczne*** | |
| *Wzrok:* | |
| *- Interesuje się świecącymi przedmiotami* |  |
| *- Lubi wszelkie koła, bąki, wprowadza przedmioty w ruch obrotowy (wszystkim kręci)* |  |
| *- Ruchy rąk lub przedmiotów w polu widzenia (przyglądanie się swoim dłoniom, mrużenie oczu, przybliżanie, kręcenie, oddalanie przedmiotów)* |  |
| *Lubi rzucać przedmioty i obserwować ich ruch* |  |
| *Układ przedsionkowy:* | |
| *- Kołysze się w przód w tył i na boki* |  |
| *- boi się zabaw takich jak: bujanie, kręcenie na karuzeli* |  |
| *- jest niezdarne, często wpada na przedmioty, potyka się „o własne nogi”* |  |
| *- Inne* |  |
| *Słuch:* | |
| *- Boi/unika się dźwięków: suszarki, pralki, piły, miksera, szum wody, maszynka* |  |
| *- Lubi głośne, dźwięki, krzyk bez widocznej przyczyny, mówi głośno* |  |
| *Ma trudności ze skupieniem uwagi gdy w tle słychać dźwięki* |  |
| *- Inne* |  |
| *Dotyk:* | |
| *-Dziecko unika dotyku innych osób, ma problemy z chodzeniem do fryzjera, myciem , czesaniem głowy* |  |
| *- Nie lubi dotykania różnych faktur( np. szorstka, gumowa, nie znosi metek.)* |  |
| *- Nie lubi/lubi mocnego docisku* |  |
| *- nie reaguje na ból fizyczny* |  |
| *- zachowania autostymulacyjne: uderzanie się w głowę, drapanie się, szczypanie* |  |
| *Smak:* | |
| *- Nie je płynnych pokarmów np. zup* |  |
| *- często wkłada ręce i przedmioty do buzi* |  |
| *- Wybiórczość na smaki* |  |
| *- Próbuje zjeść wszystko, nawet rzeczy nie do jedzenia* |  |
| *Węch:* | |
| *- Ucieka przed zapachami innych ludzi* |  |
| *- Nie jest wstanie znieść zapachów potraw* |  |
| *- Obwąchuje, ślini przedmioty* |  |
| ***Inne informacje; uwagi:*** | |
|  | |

OŚWIADCZENIA PACJENTA O UPOWAŻNIENIU/ODMOWIE UPOWAŻNINIA DO UZYSKANIA INFORMACJI/DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/podpisana…….………………………………………………………..………………

zamieszkała/zamieszkały w …………………………………………, przy ul.…………………………….,

posiadająca/ posiadający numer PESEL ………………………………………….

i legitymująca/legitymujący się dowodem osobistym numer ……………………

Dane dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej…….….…………………….……………………..……….

zamieszkała/zamieszkały w …………………………………………, przy ul.…………………………….,

posiadająca/ posiadający numer PESEL ………………………………………….

i legitymująca/legitymujący się dowodem osobistym numer ……………………

1. nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji dotyczących mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem ustawowym opiekunem, o stanie zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w Poradni KTA Oddział w Kielcach.
2. nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej, dotyczącej świadczeń zdrowotnych udzielonych w Poradni KTA Oddział w Kielcach dotyczących mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem ustawowym opiekunem, o stanie zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w Poradni KTA Oddział w Kielcach.

Upoważniam niniejszym

Pana/Panią………………………………………………………………………….…Nr tel: …………………………………………

Nr PESEL/data urodzenia………………………………………………………………………………………………………………..

1. Do otrzymywania informacji, dokumentacji medycznej, o stanie zdrowia mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem ustawowym opiekunem, o stanie zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w Poradni KTA Oddział w Kielcach.
2. Do umawiania/ modyfikacji/odwoływania wizyt w tym do pozyskiwania informacji o planowanych i zrealizowanych wizytach mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem ustawowym opiekunem.

Upoważniam Poradnię KTA Oddział w Kielcach, ul. Mieszka I 79, 25-624 Kielce do przetwarzania i archiwizowania danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizowania świadczeń medycznych.

Oświadczam, iż jestem prawnym opiekunem dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej ………………………………………………..………… i nie jestem pozbawiony, ani nie mam ograniczonej władzy rodzicielskiej.

…………………………………………………………….

Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawne