Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
05-500 Piaseczno, ul. Wojska Polskiego 30; tel. /fax: (22) 7564455
http://www.poradnia.piaseczno.pl poczta@poradnia.piaseczno.pl

WYWIAD (dzieci młodsze)

z załączonym Skriningiem Rozwoju Dziecka

(wszystkie dane są ważne dla pełnej diagnozy i objęte tajemnicą)

WYWIAD Z: _____*(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)*

(stopień pokrewieństwa z dzieckiem) _____ DATA:_____

Dane podstawowe

Imię i nazwisko dziecka……..

Przedszkole/Szkoła i grupa ……

Data i miejsce urodzenia …… **PESEL** …….

Miejsce zamieszkania ……..

Telefony do rodziców lub opiekunów prawnych:
matka ……ojciec ……
opiekun prawny/tłumacz……

Wychowawca/specjalista szkolny ……..

Telefon/e-mail ……

Aktualna przyczyna zgłoszenia dziecka do poradni

_____
Od kiedy występuje problem i kto go zauważył?
_____
_____

Rodzina

- pełna
- niepełna – z kim zamieszkuje dziecko_____
  kontakt z drugim rodzicem: rodzaj sprawowanej opieki/częstotliwość:
  _____
- adopcyjna lub piecza zastępcza
- zrekonstruowana *(proszę opisać aktualną sytuację)*
  _____

1. Matka

Imię i nazwisko: _____ wiek: _____
Wykształcenie: _____ Zawód:_____
Miejsce i godziny pracy: _____
Zdrowie (choroby przewlekłe): _____

Nałogi (papierosy, alkohol, narkotyki, itp.) _____
Czy doświadczała trudności psychicznych, czy jest pod opieką specjalistyczną *(jaką?)*
_____
Czy matka miała podobne trudności jak dziecko NIE/TAK *jakie? Kiedy?* _____

2. Ojciec

Imię i nazwisko: _____ wiek: _____
Wykształcenie: _____ Zawód:_____
Miejsce i godziny pracy: _____
Zdrowie (choroby przewlekłe): _____
Nałogi (papierosy, alkohol, narkotyki, itp.) _____
Czy doświadczał trudności psychicznych, czy jest pod opieką specjalistyczną *(jaką?)*
_____
Czy ojciec miał podobne trudności jak dziecko NIE / TAK *jakie? Kiedy?* _____
_____

3. Rodzeństwo

(imię i nazwisko, wiek, szkoła, klasa, poważniejsze choroby, czy ma orzeczenie lub opinię) :
1._____

2._____

3._____

4._____

4. Inne osoby mieszkające wspólnie

Stopień pokrewieństwa: _____
Czy mają wpływ na wychowywanie dziecka? NIE / TAK *jaki?*
_____
Inne osoby (dziadkowie, dalsza rodzina, osoby obce) pomagające w opiece nad dziećmi, a mieszkające oddzielnie:_____

Krótka historia rozwoju dziecka

1. Przebieg ciąży i porodu

Z której ciąży urodziło się dziecko? _____Czy były poronienia przed urodzeniem dziecka?___
Czy były ciąże bliźniacze? NIE/TAK *kiedy?* _____ Czy było zagrożenie ciąży?
NIE/TAK jakie? _____
_____
Jakie było samopoczucie/ nastrój matki w czasie ciąży? _____
_____
Proszę opisać stan emocjonalny matki po porodzie?_____
_____
Czy występowały zaburzenia w czasie ciąży: NIE/TAK, *jakie?*_____
_____

Czy matka chorowała w czasie ciąży? (różyczka, toksoplazmoza, zatrucia pokarmowe, cukrzyca, nadciśnienie, gestoza NIE/TAK, inne (jakie?) _____

Czy brała leki? NIE/TAK, *jakie?* _____
Czy brała używki? NIE/TAK, *jakie?* _____
Czy był konflikt serologiczny w układzie RH? NIE/TAK, w którym tygodniu nastąpił poród____
Przebieg porodu: prawidłowy/nieprawidłowy, naturalny, wspomagany, wywoływany, cesarskie cięcie *z jakiego powodu?*_____
inne komplikacje okołoporodowe, jakie?_____
_____
_____
Waga noworodka _____ Punkty Apgar _____ Stan zdrowia noworodka_____
_____
Bilirubina (czy dziecko było naświetlane?) NIE/TAK, *jak długo?* _____
Napięcie mięśniowe u noworodka: prawidłowe/nieprawidłowe
Czy dziecko przebywało w inkubatorze? NIE/TAK, *jak długo?* _____

2. Wczesny rozwój

Kto zajmował się dzieckiem przed ewentualnym pójściem do żłobka? *(proszę podkreślić)*: matka, ojciec, babcia, niania, inne osoby – *jakie*? _____
Jak długo dziecko było karmione piersią? _____
Kiedy dziecko zaczęło *(proszę podkreślić)*:

- siadać – o czasie /opóźnienie
- raczkować – o czasie / opóźnienie
- chodzić – o czasie / opóźnienie
- jeść pokarmy stałe wymagające żucia i gryzienia (nie ze słoiczków) _____

Jako niemowlę dziecko było *(proszę podkreślić):* spokojne, pogodne, płaczliwe, ruchliwe, nadpobudliwe, lękowe, agresywne, uparte, przesypiało noce/nie przesypiało nocy
Czy dziecko było rehabilitowane w pierwszych trzech latach życia? NIE/TAK*, jak długo?*_____
z jakiego powodu? _____
Rozwój mowy dziecka *(proszę podkreślić):* prawidłowy, zatrzymanie rozwoju, regres rozwoju, opóźniony rozwój/przyspieszony rozwój
Pierwsze słowa: o czasie / opóźnienie
Pierwsze zdania: o czasie / opóźnienie
Trudności z mową/wymową NIE/TAK, *jakie?*
_____
Jak przebiegał trening czystości: kiedy zakończyło się moczenie dzienne _____
nocne _____
Czy dziecko chodziło do żłobka? TAK/NIE, Czy były problemy:
z adaptacją? jak długo? _____
_____
z zachowaniem? jakiego rodzaju? _____
_____
z jedzeniem? jakiego rodzaju? _____
_____
inne? jakie?_____

Czy zaobserwowali Państwo regres (cofnięcie, pogorszenie) w rozwoju dziecka? *jaki?*_____
_____
_____

3. Choroby przewlekłe, hospitalizacje, przyjmowane leki

Jakie choroby o ciężkim przebiegu, (np. z wysoką gorączką, z powikłaniami) przebyło dziecko i w jakim wieku? _____
_____
Pobyty dziecka w szpitalu – (*wiek, powód, jak długo)*
_____
_____
Czy występowały u dziecka:

- drgawki: NIE/TAK – *kiedy?* _____
- omdlenia: NIE/TAK – *kiedy?* _____
- utraty przytomności: NIE/TAK – *kiedy?* _____
- urazy głowy (wstrząs mózgu): NIE/TAK – *kiedy?* _____
- ruchy mimowolne/nietypowe/tiki: NIE/TAK – *kiedy?* _____
- inne urazy _____

Czy dziecko uległo jakiemuś poważnemu wypadkowi? NIE/TAK - *jakiemu, kiedy?*
_____
Czy było operowane? NIE/TAK - *z jakiego powodu, kiedy?*
_____
_____
Czy dziecko ma chorobę lokomocyjną? TAK/NIE

4. Dotychczasowe diagnozy specjalistyczne (jeśli są)

Czy były przeprowadzane badania?

- neurologiczne NIE/TAK – *kiedy?* _____
- słuchu NIE/TAK – *kiedy?* _____
- wzroku NIE/TAK – *kiedy?* _____
- psychologiczne NIE/TAK –*kiedy?* _____
- psychiatryczne NIE/TAK – *kiedy?* _____
- inne – jakie, kiedy? _____

Czy dziecko było pod opieką logopedy? NIE/TAK *jak długo?* _____
Czy dziecko miało wykonaną adenoidektomię (usunięcie trzeciego migdała) NIE/TAK *kiedy?*_____
Czy dziecko kiedykolwiek korzystało z pomocy jakiejkolwiek poradni psychologiczno-pedagogicznej? NIE/TAK, *kiedy? (proszę wpisać rok)* _____ Z jakiego powodu? *(proszę wpisać)* _____
_____
Czy dziecko zrealizowało jakąś terapię wspomagającą jego ogólny rozwój np. SI, trening słuchowy, ćwiczenia ortoptyczne, itp. NIE/TAK *jaką?* _____
Czy podejrzewali Państwo kiedykolwiek, że dziecko nie słyszy? _____

Stan zdrowia dziecka obecnie:

- Jest zdrowe TAK/NIE
- Choruje przewlekle NIE/TAK – *na co choruje?* _____
- Bierze leki? NIE/TAK – *jakie?* _____

- Jest pod opieką lekarza specjalisty, *jakiego?* _____

Czy obecnie dziecko moczy się lub zanieczyszcza? NIE/TAK *od kiedy?* _____

Czynniki środowiskowe

1. Rodzina i dom

Ile czasu rodzice poświęcają dziecku? _____
Matka: _____
Ojciec:_____
W jaki sposób spędzają Państwo wolny czas z dzieckiem?

_____
_____

Jakie stosują Państwo metody wychowawcze (np. zasady, nagrody, konsekwencje):

_____
_____

W jaki sposób matka/ojciec reaguje na sytuację trudną związaną z zachowaniem dziecka, np. dziecko nie słucha, nie wykonuje prośby rodzica, buntuje się?

_____
_____
_____

Czy system wychowawczy rodziców jest jednolity? _____
Proszę określić atmosferę panującą w domu:

_____
_____

Czy w rodzinie występowały ostatnio jakieś zmiany (np. przeprowadzki, choroby osób z rodziny, utraty bliskich, kłótnie między rodzicami lub innymi członkami rodziny)? *(wpisać jakie)*

_____
_____
_____

Czy dziecko doświadczyło przemocy? NIE/TAK *kiedy? w jakiej sytuacji?*

_____
_____

Czy dziecko było świadkiem przemocy? NIE/TAK *kiedy? w jakiej sytuacji?*

_____
_____

Czy dziecko doświadczyło traumy? NIE/TAK *kiedy? w jakiej sytuacji?*

_____
_____

Jakie choroby występują w rodzinie (rodzice, dziadkowie)?
przewlekłe:_____ genetyczne: _____
psychiczne:_____ neurologiczne: _____

Czy w rodzinie występują: ADHD, zaburzenia ze spektrum autyzmu, dysleksja, dyskalkulia, niepełnosprawność intelektualna NIE/TAK *(proszę wpisać które trudności i u kogo)*

_____
_____

Czy w rodzinie występują uzależnienia? NIE/TAK – *jakie?* _____

Stosunki między rodzeństwem, czy lubią wspólnie spędzać czas? w jaki sposób?:

_____

_____

Proszę określić relacje w rodzinie _____

_____

2. Przedszkole

Jak nauczyciele opisywali funkcjonowanie dziecka _____

_____

_____

_____

Czy były trudności z adaptacją? NIE/TAK, *jak długo? jakie? (np.: płakało , nie chciało zostawać)*

_____

_____

Czy dziecko lubiło chodzić do przedszkola TAK/NIE (dlaczego) _____

_____

Czy były jakieś trudności zgłaszane przez nauczycieli (trudności z koncentracją uwagi, niechęć do zajęć grupowych, agresja, płaczliwość, inne)

_____

_____

_____

Ile godzin dziecko spędza w przedszkolu? _____

Czy była zmiana przedszkola? TAK/NIE z jakiego powodu? _____

3. Roczne przygotowanie przedszkolne (zerówka)

Czy w zerówce występowały: trudności adaptacyjne TAK/NIE *jakie?* _____

_____

trudności związane z nauką TAK/NIE *jakie?* _____

_____

trudności związane z zachowaniem TAK/NIE *jakie?* _____

_____

trudności w relacjach z rówieśnikami TAK/NIE *jakie?* _____

_____

trudności w kontaktach z dorosłymi TAK/NIE *jakie?* _____

_____

_____

Czy chętnie chodziło do zerówki? TAK/NIE (dlaczego) _____

_____

4. Dostęp do specjalistów

Jakie zajęcia dodatkowe ma dziecko w placówce: (*proszę podkreślić właściwe*): zajęcia korekcyjno - kompensacyjne, logopedyczne, o charakterze socjoterapeutycznym (typu TUS), z psychologiem, z pedagogiem, zajęcia SI, inne *(wpisać jakie):*_____

_____

Jakie zajęcia poza placówką ma dziecko_____

_____

Jak często odbywają się zajęcia _____
Jakie są efekty _____
_____
_____

5. Czynniki materialne i organizacyjne

Czy rodzina ma możliwość zapewnienia dziecku dodatkowych zajęć _____
_____
Miejsce zamieszkania *(proszę podkreślić):*
samodzielne/wspólnie z rodziną/dziadkami/ w bloku/w domu jednorodzinnym
Czy dziecko ma swój pokój z miejscem do nauki i zabawy? TAK/NIE – *z kim dzieli pokój?*
_____
Czy w miejscu zamieszkania występują jakieś trudności bytowe? NIE/TAK, *jakie?*
_____
_____
Warunki materialne *(proszę podkreślić):* bardzo dobre, dobre, wystarczające, na minimalnym poziomie, niewystarczające
Czy są bariery logistyczne (transport, czas, finanse) _____
_____
_____
Ile czasu w ciągu dnia dziecko średnio spędza przy multimediach? (komputer, telewizor, telefon, tablet): od poniedziałku do piątku _____ w weekendy _____
Od którego roku życia dziecko ma swój telefon? _____ tablet/komputer? _____
Proszę określić co robi Państwa dziecko w sieci? np. w jakie gra gry, z jakich stron internetowych korzysta najczęściej, co ogląda w sieci, z jakich portali społecznościowych korzysta, itp. _____
_____
_____
W jaki sposób rodzice kontrolują aktywność dziecka w multimediach?
_____
_____
Proszę określić jakie zasady korzystania z ekranów obowiązują Państwa dziecko? _____
_____
_____
Jakie obowiązki domowe ma dziecko ? _____
_____

Podsumowanie i cele

Jeśli jest jeszcze coś, co wydaje się ważne, a nie zostało zawarte w tym wywiadzie, proszę wpisać _____
_____
_____

Jakie są największe mocne strony dziecka?_____
_____
_____
_____

Jakie obszary budzą największy niepokój?_____
_____
_____
Jakie sytuacje są dla dziecka trudne?
_____
_____
_____

W czym Państwa zdaniem możemy pomóc jako poradnia? Jakie mają Państwo oczekiwania?
_____
_____
_____
Jakie cele Państwo chcieliby osiągnąć w najbliższych miesiącach _____
_____
_____
_____

Data i podpis specjalisty odbierającego wywiad: _____

DODATKOWE NOTATKI SPECJALISTÓW BADAJĄCYCH DZIECKO (można kopiować dowolną ilość egzemplarzy i dołączyć do wywiadu):
(Imię i nazwisko specjalisty, data)