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 starsze)

(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
- 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? _____

5. 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)
_____
_____
_____

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

6. 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) _____
_____

7. Edukacja wczesnoszkolna

Czy w **klasach 1- 3** 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?* _____
_____

inne trudności *(proszę wpisać jakie?)*
_____

Jak przebiegała nauka czytania? *jeżeli były trudności proszę określić jakiego rodzaju, np. brak płynnego czytania, brak zrozumienia czytanego tekstu, wolne tempo czytania, etc.*

_____

Jak przebiegała nauka pisania? *jeżeli były trudności proszę określić jakiego rodzaju, np. dużo błędów podczas pisania, błędy przy przepisywaniu, mylenie podobnych liter, nieczytelne pismo, etc.*

_____

Jak przebiegała nauka liczenia? *jeżeli były trudności proszę określić jakiego rodzaju, np. trudności z tabliczką mnożenia, trudności z dzieleniem, wolny czas wykonywania obliczeń, dużo błędów w obliczeniach, etc.*

_____

Czy któreś z rodziców miało podobne problemy z nauką w szkole? NIE/TAK *kto? jakie?*

_____

Jakie działania podjęli rodzice w celu pomocy w przezwyciężeniu trudności w nauce dziecka?

_____

_____

8. Obecna sytuacja szkolna dziecka

Czy aktualnie dziecko ma trudności z nauką? NIE/TAK jakie?

_____

Czy dziecko chętnie chodzi do szkoły? TAK/NIE
Jeżeli nie – co według Państwa jest przyczyną?

_____

_____

Jak przejawia się niechęć do szkoły? *(podkreśl właściwe):* mówi o tym, często prosi o zwolnienie z zajęć, wagaruje, odmawia pójścia do szkoły, skarży się na bóle głowy, brzucha, złe samopoczucie, inne *(wpisać jakie)*:_____

_____

Jakiego rodzaju przejawia trudności w relacjach z nauczycielami lub rówieśnikami? nieśmiałość, konflikty, skracanie dystansu, lękliwość, obojętność w relacjach, trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych, inne trudności (jakie?) _____

_____

_____

Ile godzin dziecko spędza w szkole? _____
Czy dziecko korzysta ze świetlicy szkolnej? NIE/TAK *ile czasu tam spędza?* _____

Aktualny stan funkcjonowania dziecka wg ICF

A. Funkcje i struktury ciała (b/s)

1. Funkcje psychiczne (b1)

Jak dziecko reaguje na frustrację_____

_____

_____

Czy łatwo się denerwuje _____

_____

Jak radzi sobie ze zmianą planów _____
_____
_____
Czy występują objawy nerwicowe? (np. tiki, nawyki, obgryzanie paznokci, ruchy mimowolne, inne) NIE/TAK *od kiedy?* _____

Czy dziecko bywa nadruchliwe? TAK/NIE *kiedy? gdzie*? *w jakich sytuacjach?*
_____
_____
Czy zaobserwowali Państwo sztywność w zachowaniu u dziecka? NIE/TAK (*jaką, jakie sytuacje)*
_____
_____
Czy dziecko ma swoje rytuały? NIE/TAK *jakie?* _____
_____

O której godzinie zasypia? _____ O której godzinie wstaje? _____
Czy dziecko ma trudności z zasypianiem? TAK/NIE, Czy śpi samo? TAK / NIE - z kim?_____
_____
Jakość snu *(proszę podkreślić)*: śpi spokojnie całą noc, czasami budzi się w nocy, śpi niespokojnie, często budzi się w nocy, ma koszmary senne, lęki, płacze, lunatykuje, moczy się w czasie snu
Budzenie się *(proszę podkreślić),*: bez problemów/trudności, np.: jest niewyspane, zmęczone, ma zły nastrój, trudno je dobudzić, inne *(wpisać jakie)*: _____

Czy dziecko ma dobry apetyt? TAK/NIE
Czy występuje wybiórczość pokarmowa? NIE/TAK jaka? od kiedy? _____
_____

Proszę określić jak często dziecko je słodycze: _____
_____

2. Funkcje sensomotoryczne (b2)

Czy u dziecka występuje nadmierna reakcja na bodźce słuchowe (np. zatyka uszy), wzrokowe (np. często mruży oczy, mówi, że razi go światło), dotykowe (np. drażnią go metki w ubraniach) lub inne? _____
Czy unika pewnych bodźców lub ich poszukuje? _____
_____

3. Funkcje głosu i mowy (b3)

Czy dziecko mówi pełnymi zdaniami _____
Czy używa gestów _____
Czy mowa dziecka jest zrozumiała dla osób spoza rodziny _____
_____
Czy ma trudności z nazywaniem, budowaniem wypowiedzi _____
_____
Czy rozumie i reaguje na polecenia _____

4. Funkcje ruchowe (b7)

- Motoryka duża

Czy porusza się sprawnie (biega, skacze, wspina się) _____
_____
Czy ma trudności w koordynacji ruchowej? _____
_____
Czy sprawnie jeździ na rowerze, hulajnodze, inne aktywności fizyczne _____
_____

- Motoryka mała

Jak posługuje się narzędziem pisarskim
_____
_____
Czy potrafi posługiwać się sztućcami _____
Czy potrafi zapinać guziki, wiązać sznurowadła _____

B. Aktywność i uczestniczenie (d)

1. Uczenie się i stosowanie wiedzy (d1)

Jak dziecko zapamiętuje nowe informacje _____
_____
_____
Czy potrafi skupić uwagę na zadaniu odpowiednio długo _____
_____
Jak dziecko reaguje na zmiany?
_____
_____
Czy kończy rozpoczęte aktywności_____
Czy potrafi usiedzieć w ławce podczas lekcji _____
Jak reaguje na polecenia grupowe _____

2. Komunikacja (d3)

Jak radzi sobie z rozumieniem poleceń _____
_____
_____
Czy potrafi poprosić o pomoc _____
_____
Czy opowiada o wydarzeniach z dnia _____
_____
Czy rozumie zasady rozmowy (naprzemienność, kontakt wzrokowy) _____
_____
_____
Czy dziecko rozumie ironię, sarkazm? TAK/NIE
Czy dziecko rozumie żarty dostosowane do swojej grupy wiekowej? TAK/NIE

3. Mobilność (d4)

Jak dziecko najchętniej spędza czas na dworze?
_____
_____

Czy dziecko jeździ na hulajnodze, rowerze, sprawnie wspina się, itd. TAK/NIE *dlaczego?*

_____

_____

4. Samoobsługa (d5)

Dziecko potrafi samodzielnie *(podkreśl właściwe)*: umyć się, ubrać, pościelić łóżko, spakować plecak szkolny, zająć się czymś przez dłuższy czas, posprzątać swój pokój, inne *(wpisać jakie)*:

_____

_____

Czy korzysta z toalety bez pomocy

_____

Czy wymaga dodatkowego wsparcia (w jakim obszarze?)

_____

5. Zabawa i interakcje społeczne (d7)

Czy ma kolegów, chętnie bawi się z innymi dziećmi? TAK/NIE

Jak dziecko nawiązuje kontakty z innymi: samo inicjuje kontakt, odpowiada na kontakt inicjowany przez inne osoby, unika kontaktu, inne *(wpisać jakie)* _____

_____

W kontaktach z innymi dziećmi, dziecko jest *(proszę podkreślić):* wycofane, uległe, lękliwe, płaczliwe, zamknięte w sobie, obojętne, spokojne radosne, odważne, współdziałające, dominujące, agresywne, inne *(wpisać jakie)* _____

Czy dziecko spotyka się z rówieśnikami poza placówką? NIE/TAK *gdzie?* _____

_____

Jak spędza wolny czas? *(rodzaje zabaw, ulubione czynności)*

_____

_____

Czy potrafi dzielić się z innymi? _____

Czy potrafi czekać na swoją kolej? _____

Czy dziecko potrafi podporządkować się regułom/zasadom grupowym? TAK/NIE

Czy dziecko potrafi podporządkować się zasadom domowym? TAK/NIE

C. Czynniki środowiskowe (e)

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. 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 _____

3. 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 ? _____
_____

D. Czynniki osobiste

1. Temperament

Czy dziecko jest raczej spokojne, energiczne, ostrożne, impulsywne _____
_____

Jak reaguje na nowe sytuacje _____
_____
_____
_____

2. Zainteresowania

Co najbardziej lubi robić _____
_____

Jakie zabawy lub aktywności go pochłaniają _____
_____
Czym się interesuje?_____
_____

3. Motywacja

Co zachęca dziecko do działania _____
_____
_____
Czy łatwo je zmotywować do wykonania zadania _____
_____
_____

E. 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)