

## KWESTIONARIUSZ DIAGNOSTYCZNY [Dla dziecka]

Pacjent

Klient/Opiekun

Provider

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

Pesel

Email

Email

Data urodzenia

Telefon

Telefon

Placówka

### Wywiad okołoporodowy

Czy miały miejsce komplikacje po porodzie?  Tak  Nie

- wysoki poziom bilirubiny
- wylewy do o.u.n
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] \*

Czy miały miejsce komplikacje przed narodzinami dziecka?  Tak  Nie

- infekcje wirusowe
- problem z utrzymaniem ciąży
- używki
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] \*

Czy miały miejsce komplikacje w czasie porodu?  Tak  Nie

- wcześniactwo
- niedotlenienie
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] \*

### Rozwój psychoruchowy

Czy dziecko o czasie osiągnęło kamienie milowe w rozwoju?  Tak  Nie

Np. siadanie w wieku 6 miesięcy, chodzenie w wieku 12 miesięcy \*

Czy w 2 r. życia dziecko mówiło proste, trzywyrazowe zdania?  Tak  Nie

Czy w 1 r.ż dziecko wymagało specjalistycznej rehabilitacji?  Tak  Nie

Czy w 1 r. życia dziecko mówiło pojedyncze słowa?  Tak  Nie

Czy w pierwszym r.ż dziecko miało wysoką gorączkę?  Tak  Nie

## Wywiad chorobowy

Czy dziecko miało jakieś inne operacje?  Tak  Nie

Jakie? \*

Czy dziecko przebyło operacje uszu, gardła lub inne?  Tak  Nie

wycięcie migdałka

drenaż jam bębenkowych

Czy dziecko chorowało na choroby zakaźne? \*  Tak  Nie

Jakie? \*

Czy dziecko choruje na choroby neurologiczne? \*  Tak  Nie

epilepsja (w wypadku występowania u dziecka epilepsji, przed przystąpieniem do treningu wymagana jest pisemna zgoda neurologa na podjęcie ćwiczeń słuchowych)

mózgowie porażenie dziecięce

inne choroby układu nerwowego

inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] \*

Czy dziecko często choruje na przeziębienia lub anginy więcej niż 3 razy w roku?  Tak  Nie

Czy dziecko ma objawy powiększenia migdałka gardłowego (III migdał)?  Tak  Nie

mówi "przez nos"

chrapie

ma bezdechy w nocy

Czy dziecko nosi aparat słuchowy?  Tak  Nie

obustronnie

lewostronnie

prawostronnie

Czy dziecko miało już badany słuch? Kiedy?  Tak  Nie

- powyżej roku
- w ciągu ostatniego roku
- w ciągu ostatniego miesiąca

Czy dziecko ma zdiagnozowaną alergię?  Tak  Nie

Czy dziecku zdarza się słyszeć dźwięki w uchu/uszach gdy w pomieszczeniu jest cicho?  Tak  Nie

Czy dziecko chorowało na uszy?  Tak  Nie

- zapalenie ucha wewnętrznego/środkowego
- wysiękowe zapalenie ucha
- perlak

Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? \*  Tak  Nie

Jakie? \*

Czy czułość słuchu dziecka jest w normie tzn. słyszy na poziomie 20dB ? \*  Tak  Nie

Czy dziecko ma często przewlekły katar?  Tak  Nie

Czy dziecko uległo jakiemuś wypadkowi z urazem głowy?  Tak  Nie

Jakie? \*

Czy dziecko ma aktualnie niedosłuch? \*  Tak  Nie

- lekki ubytek (21-40 dB)
- średni (41-70 dB)
- znaczny (71-90 dB)

Czy ktoś w rodzinie ma niedosłuch?  Tak  Nie

Czy dziecko przyjmuje na stałe leki? \*  Tak  Nie

- kardiologiczne
- alergiczne
- neurologiczne, jakie?

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] \*

- psychiatryczne, jakie?

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] \*

- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] \*

Czy dziecko jest nadwrażliwe na głośne dźwięki? \*  Tak  Nie

- urządzeń domowych
- hałas w szkole/przedszkolu
- dźwięk syreny pogotowia
- wysokie/piskliwe tony
- niskie tony

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy dziecko chorowało?  Tak  Nie

- zapalenie uszu
- angina
- infekcja wirusowa
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] \*

## Informacje dotyczące rozwoju dziecka

Czy dziecko ma trudności w uczeniu się? \*  Tak  Nie

- z nauką czytania
- z czytaniem ze zrozumieniem
- z poprawnym, ortograficznym pisaniem
- ze stroną graficzną pisma

Czy dziecko uczęszczało na terapię logopedyczną?  Tak  Nie

Mniej niż rok \*

Czy dziecko ma trudności z nauką języka obcego? \*  Tak  Nie

- z rozumieniem nauczyciela
- zapamiętaniem słówek
- poprawnym pisaniem
- z wymową słów

Czy dziecko ma trudności z uwagą słuchową? \*  Tak  Nie

- łatwo się rozprasza
- krótka koncentracja na zadaniu

Czy występują zaburzenia w sferze emocjonalnej? \*  Tak  Nie

- rozdrażnienie
- pobudzenie
- impulsywność
- apatia
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] \*

Czy dziecko ma ulubione przedmioty szkolne (jakie)? \*  Tak  Nie

- przedmioty ścisłe (matematyka, fizyka, informatyka)
- humanistyczne (polski, historia)
- przyrodniczne (przyroda, geografia, biologia)
- artystyczne (muzyka, plastyka)
- język obcy
- wf

Czy dziecko ma diagnozę i/lub jest w trakcie diagnozy, któregoś z zaburzeń rozwojowych? \*  Tak  Nie

- w trakcie diagnozy afazji
- ma diagnozę afazji
- w trakcie diagnozy dysleksji
- ma diagnozę dysleksji
- w trakcie diagnozy ADHD
- ma diagnozę ADHD
- w trakcie diagnozy SLI
- ma diagnozę SLI
- w trakcie diagnozy zespołu Aspergera
- ma diagnozę zespołu Aspergera
- w trakcie diagnozy autyzmu
- ma diagnozę autyzmu

Czy dziecko ma/miało trudności z uczeniem się na pamięć? \*  Tak  Nie

Czy rozwój intelektualny dziecka jest poniżej normy wiekowej? \*  Tak  Nie

- Funkcjonowanie na poziomie: 2-3 lata
- Funkcjonowanie na poziomie: 4-5 lata
- Funkcjonowanie na poziomie: 6-7 lata
- Funkcjonowanie na poziomie: 8-12 lata

Na jakie inne terapie uczęszcza/ło dziecko?  Tak  Nie

- integracji sensorycznej
- trening słuchowy muzyczny
- terapia ręki
- biofeedback
- trening umiejętności społecznych
- inne

Jakie? [tylko w przypadku zaznaczenia powyższej opcji] \*

Czy występują trudności szkolne (z jakimi przedmiotami)? \*  Tak  Nie

- przedmioty ścisłe (matematyka, fizyka, informatyka)
- humanistyczne (j.polski, historia)
- przyrodniczne (przyroda, geografia, biologia)
- artystyczne (muzyka, plastyka)
- język obcy
- wf

Czy w rodzinie istniały przypadki trudności w uczeniu się?  Tak  Nie

## Objawy obserwowane u dziecka

Czy dziecko nie potrafi dłużej utrzymać uwagi na zadaniu/poleceniu?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności z rozumieniem mowy w hałasie?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności ze zrozumieniem, gdy ktoś szybko mówi?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności z nauką języka obcego?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności z koncentracją uwagi (łatwo się rozprasza)?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma problemy z odczytaniem treści emocjonalnej zawartej w wypowiedzi?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko jest niezdarne ruchowo?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności z rozumieniem poleceń lub dłuższych wypowiedzi?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko odczuwa dyskomfort słysząc głośne dźwięki lub hałas?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma problemy z uczeniem się ze słuchu lub poprawnym pisaniem ze słuchu?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy dziecko ma trudności z rozpoznaniem skąd pochodzi dźwięk?

nigdy	rzadko	czasem	często	zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Inne uwagi

Podpis klienta/opiekuna

Podpis providera