



FAMILIJNA PORADNIA
PSYCHOLOGICZNO
PEDAGOGICZNA

Familijna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna,
ul. Roosevelta 8-10, 50-236 Wrocław
tel. 570007103; e-mail: poradnia@fundacjaedukacja.pl; www.ppp.wroclaw.pl

**KWESTIONARIUSZ WYWIADU Z RODZICEM/RODZICAMI/OPIEKUNEM PRAWNYM
sporządzony na potrzeby Familijnej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej**

Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania dziecka	
Pesel dziecka	
Imiona i nazwiska Rodziców/Prawnych Opiekunów	
Data badania	
Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej badanie	

1. AKTUALNIE ZGŁASZANE PROBLEMY/NIEPOKOJE RODZICÓW

--

2. OCZEKIWANIA RODZICÓW

--

3. INFORMACJE O RODZINIE

Rodzina pełna/niepełna rozwód/separacja

Matka	imię, wiek, wykształcenie, praca, problemy zdrowotne
Ojciec	imię, wiek, wykształcenie, praca, problemy zdrowotne

Rodzeństwo:

Imię	Wiek	Stopień pokrewieństwa*	Problemy zdrowotne lub wychowawcze

* rodzeństwo biologiczne, przyrodnie, dziecko partnera z poprzedniego związku itp.

Z kim mieszka dziecko

--

Warunki mieszkaniowe (czy dziecko ma swój pokój)

--

Traумы – czy dziecko doznało/było świadkiem/ofiarą przemocy, uczestnikiem wypadku, śmierci bliskiej osoby

--

4. OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Czy dziecko na coś choruje **TAK/NIE**

Jeśli **TAK**, to na co?

--

Czy dziecko przyjmuje jakieś leki **TAK/NIE**

Jeśli **TAK**, to jakie?

Nazwa leku	Od kiedy	Powód leczenia	Efekt leczenia

Konsultacje **TAK/NIE**

Jeśli **TAK**, to jakie?

Psychiatra	Tak	Nie
Czy dziecko leżało na oddziale psychiatrycznym?	Tak	Nie
Neurolog	Tak	Nie
Czy dziecko leżało na oddziale neurologicznym?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek wykonywano badanie EEG?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek wykonano badanie tomografii komp. lub rezonansu głowy?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek miało miejsce badanie lub konsultacje genetyczne?	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek wykonywane były badania metaboliczne?	Tak	Nie
Psycholog	Tak	Nie
Logopeda	Tak	Nie
Laryngolog	Tak	Nie
Alergolog	Tak	Nie
Ortopeda/fizjoterapeuta	Tak	Nie
Inne	Tak	Nie
Pobyty w szpitalu	Tak	Nie
Urazy głowy/wypadki	Tak	Nie

Rok, specjalista	Powód wizyty, diagnoza	Leczenie, terapia	Jakie efekty przyniosło leczenie?

Czy kiedykolwiek dziecko przyjmowało leki zapisywane przez neurologa lub psychiatrę? **TAK/NIE**

Jeśli **TAK**, to jakie?

Nazwa leku	Okres podania	Powód leczenia	Efekt leczenia

5. CIAŻA

Komplikacje	NIE	TAK (proszę podkreślić właściwe) szok, śmierć bliskiej osoby, wypadek, problemy ze zdrowiem, konieczność leżenia w łóżku, krwawienia, zmęczenie, zabiegi,	Inne
Choroby	NIE	TAK (proszę podkreślić właściwe) nadciśnienie, cukrzyca, zatrucie ciążowe, tarczycza, różyczka, grypa,	Infekcje
Przyjmowane leki	NIE	TAK	
Używki	NIE	TAK	
Hospitalizacja matki w trakcie ciąży	NIE	TAK	

6. PORÓD I POŁÓG

Adopcja/rodzina zastępcza, **TAK/NIE** (wiek dziecka w czasie adopcji

Poród o czasie **TAK/NIE**

Wcześniak **TAK/NIE** (tydz).....

Po terminie **TAK/NIE**

Siłami natury **TAK/NIE**, CC (powód).....

Pkt Apgar.....

Inkubator **TAK/NIE**

Tlen **TAK/NIE**

Żółtaczką fizjologiczną / przedłużającą się żółtaczką **TAK/NIE**

Czy niemowlę było karmione piersią **TAK/NIE** (Jaki okres.....

Karmienie butelką **TAK/NIE** (Jaki okres.....

Umiejętność ssania **TAK/NIE**

Rytm snu i czuwania: wyrównany / zaburzony / zmienny

Czy była jakakolwiek rozłąka z matką podczas pierwszych dni/tygodni życia **TAK/NIE**

Czy matka doświadczyła depresji poporodowej **TAK/NIE**

Obecność zaangażowanie ojca w pierwszych tygodniach życia dziecka

Trudności

PODSTAWOWE UMIEJĘTNOŚCI ROZWOJOWE

Przewracanie się

Siadanie

Stanie

Raczkowanie

Chodzenie

Napięcie mięśniowe

Gaworzenie

Pierwsze słowa

Pierwsze zdania

Kontakt wzrokowy

Kontakt społeczny (zainteresowanie innymi ludźmi)

Inna forma komunikacji...

7. SAMODZIELNOŚĆ, SAMOOBSŁUGA I KONTROLA CZYNNOŚCI FIZJOLOGICZNE.

(czy samodzielnie się ubiera lub pomaga w tej czynności, rozbiera lub pomaga, czy samodzielnie je, jakimi sztuczkami się posługuje, czy potrafi korzystać z nocnika lub toalety – mocz/stolec, czy myje zęby, ręce, buzię, pomaga w kąpieli)

8. ODŻYWIANIE

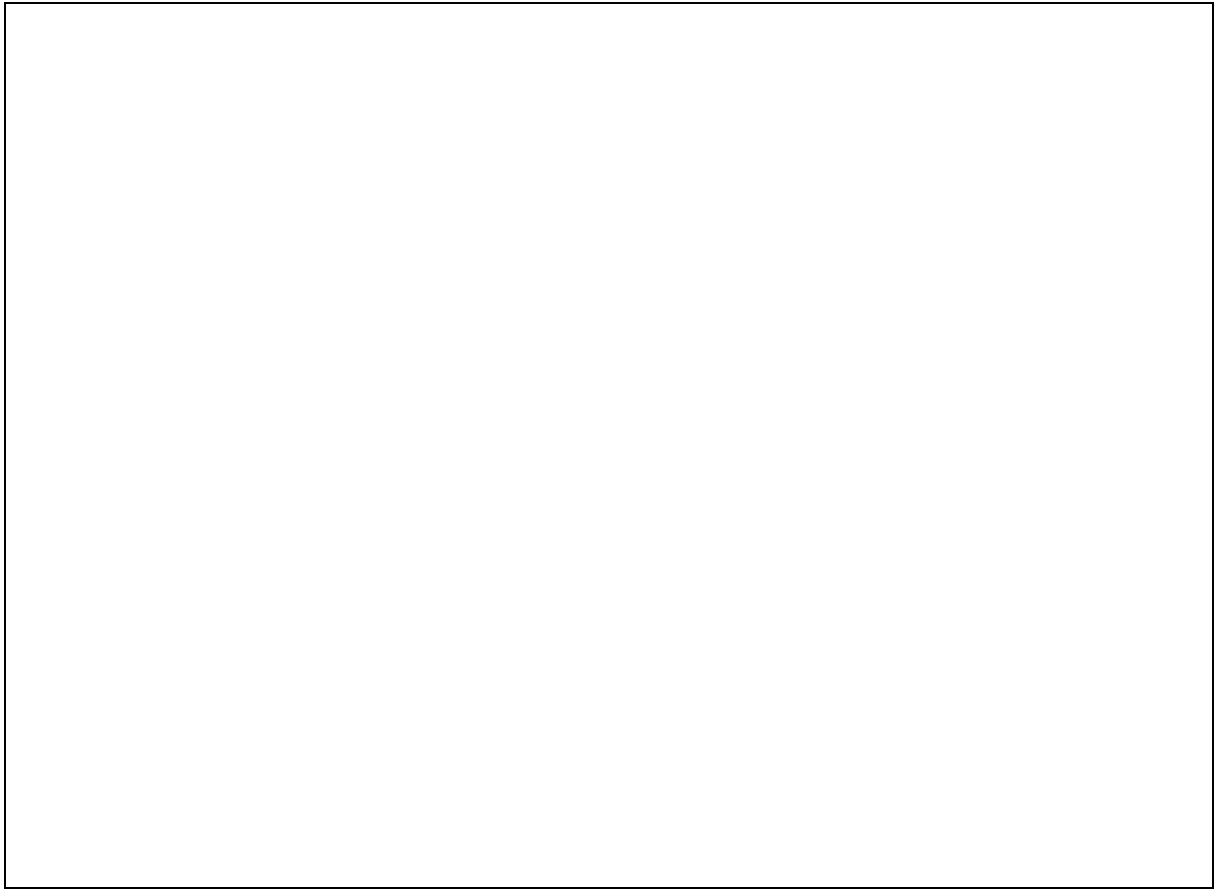
(jaki ma apetyt, czy ma nietypowe nawyki związane z jedzeniem, jak sygnalizuje głód, czy jest na diecie, nietolerancje pokarmowe, wybiórczość pokarmowa, inne problemy, jak często je słodczyce, co pije)

9. SEN

(w jakich godzinach śpi, czy śpi samo, czy łatwo zasypia – rutyna wieczorna, czy wybudza się w nocy, czy potrzebuje drzemki w dzień, co potrzebuje do zaśnięcia (smoczek, butla, miś), czy ma koszmary)

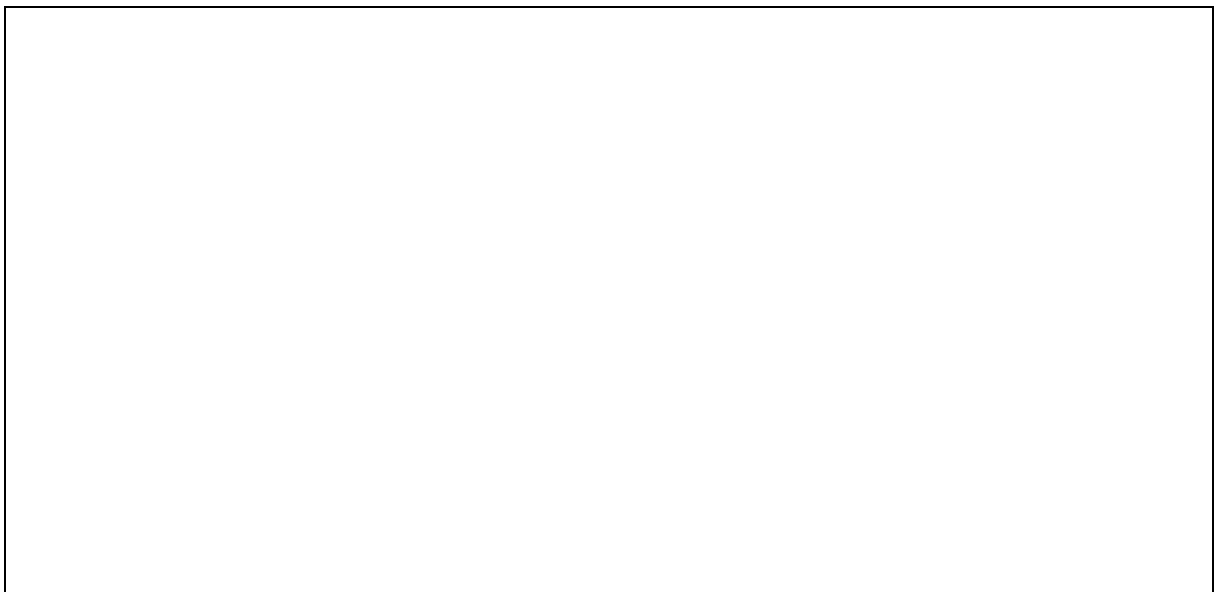
10. FUNKCJONOWANIE SENSORYCZNE

(czy przeprowadzano do tej pory diagnozę SI, czy obserwuje się u dziecka nadwrażliwość lub niedowrażliwość na dźwięk, smak, światło, zapach, dotyk, czy lub zbyt mocne kołysanie, docisk, drażnią je metki i guziki, chodzi na paluszkach, czy występują nietypowe reakcje na ból)



11. EMOCJE

(dominujący nastrój, najsilniej i najczęściej prezentowane emocje, sytuacje i sposoby okazywania złości, lęku, napady krzyku, płaczu, poczucie humoru, empatia, labilność emocji, szybkość uspokojenia, zachowania agresywne, depresyjne, lękowe, samookaleczenia, myśli samobójcze,)



12. SAMOOCENA

(co mówi o sobie, o swoim wyglądzie, jak reaguje na komentarze, czy się porównuje, co mówi o swoich możliwościach, o tym co potrafi, co w sobie lubi, a co chciałby zmienić)

--

13. KONTAKTY SPOŁECZNE

Z rodzicami (okazywanie przywiązania, wspólny czas, przytulanie się, reakcja na inicjowany przez rodziców kontakt, zaproszenie do zabawy, wspólnego czasu, reakcja na wydawane polecenie, prośbę, reakcja na separację od rodziców)	
Z rodzeństwem (wspólne zabawy, zajęcia, konflikty)	

<p>Z rówieśnikami (nawiązywanie kontaktu, wspólne zabawy, wyjścia, konflikty, zachowania agresywne, czy ma wielu kolegów, czy ma kolegów poza szkołą, co mówi o innych rówieśnikach)</p>	
<p>Z innymi osobami dorosłymi (reakcje na kontakt, reakcja na wydane polecenie, prośbę, czy potrafi poprosić o coś, konflikty, zwroty grzecznościowe)</p>	

14. ZAINTERESOWANIA/ZABAWA

<p>Czym i jak się bawi, ulubione zabawki/ zabawy</p>	
<p>Czy używa zabawek zgodnie z przeznaczeniem, przywiązanie do schematu i powtarzalności w zabawie</p>	

Czy potrafi bawić się samo	
Czy często przebywa na świeżym powietrzu jakie aktywności wtedy preferuje	
Jak najczęściej spędza wolny czas	
Czy potrafi bawić się z innymi dziećmi	
Czy chętnie podejmuje się nowych zabaw/czynności	
Czy dąży do przewodnictwa w zabawie	

Jakie ma zainteresowania, zajęcia dodatkowe, pasje	
Ile czasu spędza przed tv/tablet/smartfon/komputer	
Jak odpoczywa	

15. EDUKACJA

Żłobek	NIE	TAK (ile godzin w ciągu dnia)
Przedszkole	NIE	TAK (ile godzin w ciągu dnia)
Żłobek	Adaptacja	
Przedszkole	Adaptacja	

Szkoła	Adaptacja	
Wyniki w nauce		
Trudności w nauce		
Przedmioty	Ulubione	Mniej ulubione
Zajęcia dodatkowe		
Odrabianie lekcji		
Uwaga i koncentracja		
Pamięć		
Uwagi/skargi ze strony nauczycieli		

Przestrzeganie zasad	
Kontakty z nauczycielami	
Co robi po szkole	
Plany na przyszłość	

16. NOTATKI DODATKOWE

--

.....
(podpisporządzającego dokument)