

## Kwestionariusz wywiadu o dziecku

*Informacje udzielone w poniższym kwestionariuszu pozwolą nam na lepsze poznanie Państwa dziecka, w celu postawienia dokładniejszej diagnozy, określenia form pomocy i ewentualnego dostosowania planu terapii do indywidualnych potrzeb Państwa córki/syna. Najważniejszym jednak aspektem jest fakt, że będziemy mogli realnie pomóc Państwa dziecku a co za tym idzie poprawić jakość życia całej rodziny.*

Imię i nazwiskodziecka:.....

Dane opiekunów: .....

Data urodzenia i numer PESEL:.....

Przedszkole/Szkoła/klasa:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon i e-mail kontaktowy:.....

Data wypełnienia kwestionariusza:.....

Osoba wypełniająca kwestionariusz:.....

Dziecko wychowuje się w rodzinie? / biologicznej\* / adopcyjnej\* / zastępczej\* / placówce opiekuńczej\*

**\*nieprawidłowe proszę skreślić**

### I. Podstawowe informacje - wywiad

#### Ciąża i poród:

**1.** Przebieg ciąży (czy przebiegała prawidłowo, czy wystąpiły jakieś problemy, zabiegi, infekcje, hospitalizacje, krwawienia; jaki był rodzaj porodu, komplikacje?)

.....  
.....

**2.** Czy mama w ciąży brała jakieś leki – NIE\* /TAK\* (jakie?..... )

**3.** Czy mamie w ciąży mogło się zdarzyć spożycie np. – alkoholu (w tym piwa bezalkoholowego)\* / narkotyków\* / papierosów\* / nie spożywano żadnych z wymienionych substancji?

.....  
.....

4. Czy w czasie ciąży mama przeżyła duży stres (śmierć bliskiej osoby, rozwód, utrata pracy, inne). Jeśli tak, w jakim okresie ciąży?  
.....  
.....

5. W którym tygodniu urodziło się dziecko? ..... Ile uzyskało punktów w skali Apgar? .....

6. Jakie działania lekarskie podjęto tuż po urodzeniu (badania, leki, inkubator, szczepienia, antybiotyki, hormony itp.)?  
.....  
.....

7. Proszę podać parametry dziecka po urodzeniu: wagę..... wzrost..... obwód głowy.....

## II. Informacje dotyczące rodziny

1. Skład rodziny, w której obecnie przebywa dziecko:

- pełna                       niepełna                       zastępcza spokrewniona\*/niespokrewniona \*  
 zrekonstruowana                       placówka                       adopcyjna

**\*niepotrzebne skreślić**

**Jeśli dziecko przebywa w rodzinie zastępczej spokrewnionej, prosimy o określenie rodzaju pokrewieństwa:**  
.....  
.....

**Od kiedy dziecko przebywa w rodzinie zastępczej / adopcyjnej (jeśli dotyczy)?:** .....  
.....

2. Czy dziecko ma rodzeństwo (biologiczne, adopcyjne)?

Imię	Wiek	Czy występują trudności zdrowotne/wychowawcze?

3. W jaki sposób rodzina jest rozlokowana w mieszkaniu/ domu. Czy dziecko ma: (proszę wpisać TAK lub NIE)

- Własny pokój .....  
Wspólny pokój .....  
Własne łóżko .....  
Własne biurko .....

4. Czy dziecko doświadczyło / doświadcza dłuższej rozłąki z kimś bliskim z rodziny zastępczej lub adopcyjnej, w której obecnie przebywa (jeśli tak jakiej)?

.....

5. Czy dziecko ma kontakt z rodziną biologiczną? Jeżeli tak to jaki, jak często, z kim? Jak dziecko zachowuje się po kontakcie z członkami rodziny biologicznej?

.....

.....

.....

6. Informacje o **obecnych** rodzicach / opiekunach:

	Mama	Tata
Wiek		
Wykształcenie		
Czy pracuje, jest na rencie, bezrobociu itp.?		
Czy jest lub była udzielana pomoc psychologiczna/ psychiatryczna?		

7. Jeżeli jest znane, proszę podać wzrost rodziców biologicznych:

Mama ..... Tata .....

8. Czy w rodzinie ze strony mamy biologicznej lub taty biologicznego były/są osoby:

- mające trudności psychologiczne/ psychiatryczne NIE / TAK - kto i jakie?

.....

- mające problemy z używkami (alkohol, narkotyki) NIE / TAK - kto i jakie?

.....

- podejmujące próby samobójcze? NIE / TAK – czyje

.....

9. Czy w rodzinie biologicznej/zastępczej/adopcyjnej w ostatnim czasie miały miejsce trudne wydarzenia (śmierć kogoś bliskiego, odejście itp.) lub wiążące się z dużymi zmianami (przeprowadzka, zmiana szkoły itp.).

.....

.....

10. Proszę o podanie informacji o rodzinie, które mogą być ważne (np. jak wspólnie spędzacie czas, jak dzielicie się obowiązkami domowymi, itp.):

.....

.....

.....

.....

.....

### III. Informacje dotyczące sytuacji dziecka

**1. Jaka jest przyczyna zgłoszenia się z dzieckiem? (Proszę, o opisanie konkretnego problemu/problemów z jakim się Państwo zgłaszacie, kiedy się pojawił i od czego się zaczęło, jak zmieniał się w czasie, czemu akurat w danym momencie Państwo się zgłosiliście?)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Czy dziecko przyjmowało w przeszłości lub przyjmuje obecnie jakiegokolwiek leki (przepisane przez psychiatrę, neurologa lub innego specjalistę). Jeśli tak, proszę o wypełnienie tabeli poniżej:**

Nazwa	Przyczyna podania i jaki specjalista przepisał	Okres podawania i efekty

**3. Czy dziecko było leczone na oddziale psychiatrycznym? Jeśli tak – proszę podać daty oraz miejsca wszystkich hospitalizacji.....**

**4. Czy dziecko przechodziło choroby wieku dziecięcego? Jeśli tak to jakie (świnka, ospa, szkarlatyna, różyczka, itp.)?**

**5. Czy dziecko przechodziło jakiegokolwiek choroby laryngologiczne (wysiękowe zapalenie ucha, przewlekłe katary)?**

**Czy dziecko jest alergikiem? Jeśli tak, na jakie alergeny reaguje? .....**

**6. Czy dziecko przechodziło jakiegokolwiek zabiegi chirurgiczne / operacje? Jakie?.....**

.....

.....

7. Czy dziecko było uczestnikiem wypadku (np. komunikacyjnego), doznało urazu głowy, podtopiło się, stwierdzono niedotlenienie? Jeśli tak, proszę opisać okoliczności .....

8. Czy dziecko cierpi na choroby przewlekłe (gastrologiczne, endokrynologiczne, laryngologiczne, nefrologiczne lub inne)? Jakież?.....

9. Czy dziecko bierze obecnie jakiegokolwiek leki na stałe? Jakież?.....

10. Czy u dziecka występowały lub występują następujące problemy? :

Proszę zaznaczyć TAK lub NIE		W jakim okresie wystąpiły?
Odmowa chodzenia do szkoły	TAK/NIE	
Specyficzne trudności w nauce (np. dysleksja, dysortografia)	TAK/NIE	
Papierosy	TAK/NIE	
Alkohol	TAK/NIE	
Narkotyki	TAK/NIE	
Problemy z prawem, nadzór kuratora, usunięcie ze szkoły	TAK/NIE	

11. Jak często w okresie ostatnich 4 tygodni Państwa dziecko (w pustych polach proszę opisać częstotliwość - np. rzadko, często, zawsze, codziennie, lub zastosować inne, według Państwa odpowiednie określenia).

Bawiło się z innymi dziećmi?	
Wyglądało na smutne?	
Miało trudności w kontaktach z rówieśnikami?	
Było rozdrażnione/ podminowane?	
Rozumiało humor/żarty odpowiednie dla jego wieku?	
Wolało przebywać samo?	
Unikało patrzenia na ludzi, którzy się do niego odzywali?	
Martwiło się?	
Sprzeczało się z innymi/wchodziło w konflikty?	
Spędzało czas z przyjaciółmi?	
Chętnie zajmowało się rzeczami, które zazwyczaj sprawiały przyjemność?	

Miało trudności podczas rozmowy z innymi dziećmi?	
Miało trudności w koncentracji (łatwo się rozpraszało)?	
Wykonywało powtarzalne, bezcelowe czynności, ruchy ciała lub dźwięki	

DOLEGLIWOŚĆ	TAK	NIE	JAK CZĘSTO (ile razy w tygodniu)
Ból brzucha			
Ból głowy			
Nudności			
Kłopoty z apetytem			
Trudności z snem			

### Rozwój w 1-3 roku życia:

12. Kto opiekował się dzieckiem do 3 roku życia (jeśli dziecko chodziło do żłobka, to ile godzin dziennie tam spędzało)? .....

13. Kiedy dziecko zaczęło siadać, stawać, chodzić? Czy raczkowało?  
.....  
.....

14. Czy zaobserwowano u dziecka zaburzenia w rozwoju ruchowym? .....

15. Kiedy dziecko zaczęło wypowiadać pierwsze słowa (mama, tata, baba [jako babcia], itp.)?  
.....

16. Kiedy dziecko zaczęło wypowiadać pierwsze zdania (np. tata brum brum, mama je)?  
.....

17. Kiedy dziecko przestało nosić pieluszkę? .....

18. Czy od narodzin do 3. roku życia występowały jakieś niepokojące Państwa zachowania, czy coś Państwa martwiło w rozwoju dziecka (okresy aktywności w trakcie dnia bądź okresu życia dziecka, trudne zachowania, największe wyzwania dla rodziców, ewentualne problemy z karmieniem, sen i zasypianie, problemy zdrowotne i wady wrodzone)?  
.....  
.....

### Okres przedszkolny:

19. Czy dziecko chodziło do przedszkola, w jakim okresie, jak przebiegała adaptacja?  
.....  
.....

**20.** Czy coś Państwa niepokoiło w tym czasie? (czy występowały trudności zdrowotne/ rozwojowe/ w kontaktach innymi/ emocjonalne)?

.....

.....

.....

**21.** Proszę opisać jak dziecko bawiło się w okresie przedszkolnym, wczesnoszkolnym?

	TAK	NIE
Wolało bawić się samo		
Bawiło się w grupie		
Czy występowały zabawy na niby (np. w sklep, szkołę)		
Czy współdziałało w grupie		
Czy dominowało w grupie		
Czy lubiło rywalizację		

**22.** Czy Państwa dziecko:

	w okresie <b>od 0 do 3.</b> <b>roku życia lub w okresie</b> <b>przedszkolnym</b>	w okresie <b>szkolnym</b>
Lubi/ło się przytulać?	TAK / NIE	TAK / NIE
Uśmiecha/ło się do innych ludzi?	TAK / NIE	TAK / NIE
Nawiązuje/ywało kontakt wzrokowy, gdy ktoś do niego mówi/ł?	TAK / NIE	TAK / NIE
Było/jest płaczliwe?	TAK / NIE	TAK / NIE
Było/jest nieśmiałe?	TAK / NIE	TAK / NIE
Często nie panuje/owało nad swoimi emocjami?	TAK / NIE	TAK / NIE
Przejawia/ło zachowania agresywne lub autoagresywne?	TAK / NIE	TAK / NIE
Było/jest nadrucliwe, nie potrafi/ło się uspokoić?	TAK / NIE	TAK / NIE
Nadmiernie boi/bało się głośnych dźwięków?	TAK / NIE	TAK / NIE
Wykazuje/ywało nadwrażliwość dotykową np. na metki?	TAK / NIE	TAK / NIE
Nie lubi/ło czesania, obcinania paznokci?	TAK / NIE	TAK / NIE
Lubi/ło zabawy plasteliną, masą solną, farbami?	TAK / NIE	TAK / NIE
Izoluje/owało się od dzieci?	TAK / NIE	TAK / NIE
Samodzielnie rozbiera/ło się i ubiera/ło?	TAK / NIE	TAK / NIE

Nie lubi/ło pewnego jedzenia z powodu jego konsystencji, faktury, temperatury?	TAK / NIE	TAK / NIE
Często wydaje/wało się nie zauważać, że się uderzyło?	TAK / NIE	TAK / NIE
Często wpada/ło na różne przedmioty?	TAK / NIE	TAK / NIE
Długo uczy/ło się jeździć na rowerze?	TAK / NIE	TAK / NIE
Czy dziecko moczy/ło się w nocy?	TAK / NIE	TAK / NIE
Czy dziecko ma/miało koszmary?	TAK / NIE	TAK / NIE

**Jeśli któreś z powyższych pytań wymaga dookreślenia, informacje proszę zawrzeć poniżej:**

.....

.....

.....

**Okres szkolny:**

**23.** Czy dziecko ma problemy ze snem lub dolegliwości okołosenne ( w tym moczenie się, koszmary, trudności w zasypianiu lub wybudzaniu się)?

.....

.....

**24.** Prosimy o opisanie:

**a) nauki:** jak dziecko się uczy? Jakież zazwyczaj dostaje oceny? Czy było odroczone lub powtarzało klasy? Czy miało problemy z nauką? Jakież miało sukcesy, trudności?

**b) relacji z rówieśnikami:** (czy ma przyjaciela, koleżanki/ kolegów, jak spędza z nimi czas czy woli przebywać samo, co robi na przerwach, woli współpracę/rywalizację, czy ktoś mu dokuca).

-> Klasy 1-3

a).....

b).....

> Klasy 4-6

a).....

b).....

-> Klasy 7-8/gimnazjum

a).....

b).....



-> Szkoła ponadgimnazjalna / ponadpodstawowa

a).....

.....

b).....

.....

**25.** Czy dziecko dostaje uwagi ze szkoły (czy są stałe, powtarzające się skargi nauczycieli)? Jeśli tak, to na jakie zachowania dziecka?

.....

.....

**26.** Na jakie zajęcia pozalekcyjne chodzi dziecko (w szkole lub poza nią) i jak często?

.....

.....

**27.** Ile czasu dziecko spędza na nauce poza szkołą – odrabia zadania domowe?

Czy dziecko chętnie odrabia zadania	
Czy dziecko samodzielnie odrabia zadania	
Jakie przedmioty sprawiają najczęściej kłopotów w samodzielnym odrabianiu zadań	
Ile dni w tygodniu dziecko odrabia zadania	
Proszę podać czas jaki dziecko musi poświęcić na odrabianie zadań w przeciągu jednego dnia	
Proszę podać czas jaki dziecko poświęca na dodatkową naukę (np. korepetycje)	
Czy zdarza się że dziecko odrabia zadania w weekend (jak często)	
Czy zdarza się że dziecko rozpłaczę się podczas odrabiania zadań	



**WSCEiT**

Wielkopolskie Samorządowe Centrum  
Edukacji i Terapii w Starej Łubianie

**28.** Czy dziecko potrafi regulować swoje zachowanie, emocje i poziom pobudzenia psychoruchowego, w zależności od potrzeby danej sytuacji?

.....  
.....  
.....

**29.** Jak dziecko spędza wolny czas?

.....  
.....  
.....  
.....

**30.** Czy jest jeszcze coś ważnego dotyczącego sytuacji dziecka, co chcieliby Państwo nam przekazać?

.....  
.....  
.....  
.....

**Czytelny podpis (imię i nazwisko) rodzica / opiekuna .....**

#### **IV. OŚWIADCZENIE**

My, niżej podpisani, wyrażamy zgodę na anonimowe wykorzystywanie informacji zawartych w ankiecie do badań naukowych.

.....  
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna