

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 przeżyło 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)
- ☐ przyrodnicze (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)
- ☐ przyrodnicze (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