Załącznik nr 4 do

 Regulaminu Rekrutacji i objęcia wsparciem

Podlaskiego Centrum Konsultacyjno-Diagnostycznego
w Białymstoku

**Kwestionariusz wywiadu dotyczący dziecka i rodziny**

*Informacje udzielone w poniższym kwestionariuszu pozwolą nam na lepsze poznanie Państwa dziecka i trudności, których doświadczacie, ułatwi określenie form pomocy oraz diagnostykę. Celem pozyskiwania informacji jest pomoc dziecku oraz poprawa jakość życia całej rodziny*.

Imię i nazwisko dziecka: .……………………………………………………………………………………………....

Data urodzenia dziecka i numer PESEL:.……………………………………………………………………….…

Przedszkole/Szkoła/klasa: .…………………………………………………………………………………..…………..

Adres zamieszkania:.……………………………………………………………………………………….……………….

Telefon kontaktowy oraz e-mail do opiekunów: ……………………………………………………………...

 …………………………………………………….. …………………………………………………..

 Data wypełnienia kwestionariusza Podpis osoby wypełniającej kwestionariusz

1. **Informacje dotyczące okresu prenatalnego i narodzin**

**Ciąża i poród**:

1. Dziecko urodzone z ciąży (której?) ………………………………………………………………………..
2. Przebieg ciąży (czy przebiegała prawidłowo, czy wystąpiły jakieś problemy, zabiegi, infekcje, hospitalizacje, krwawienia; jaki był rodzaj porodu, komplikacje?)……………………………………………………………………………………………………………………………….. ….….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………..…………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Czy mama w ciąży brała jakieś leki – NIE\*/TAK\* (jakie?) ……………………………………………………………….
4. Czy mamie w ciąży mogło się zdarzyć spożycie np. alkoholu (w tym piwa bezalkoholowego )\* narkotyków\* / papierosów\* / nie spożywano żadnych z wymienionych substancji? (*\*proszę zaznaczyć właściwe)*
5. Czy w czasie ciąży mama przeżyła duży stres (np. śmierć bliskiej osoby, rozwód, utrata pracy, inne). Jeśli tak, w jakim okresie ciąży? …………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………. .…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………….…
6. W którym tygodniu ciąży urodziło się dziecko? ……………. Ile dziecko uzyskało punktów w skali Apgar?………………..
7. Poród:

 □ siłami natury □ CC

1. Jakie działania lekarskie podjęto tuż po urodzeniu (badania, leki, zabiegi, inkubator, szczepienia, antybiotyki, hormony itp.)?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Proszę podać parametry dziecka po urodzeniu: waga………… wzrost…………… obwód głowy …………
3. **Informacje dotyczące rodziny**
4. Skład i funkcja rodziny, w której obecnie przebywa dziecko:

 □ pełna □ niepełna

 □ rodzina zastępcza spokrewniona □ rodzina zastępcza niespokrewniona

 □ rodzina rekonstruowana □ rodzina adopcyjna

 □ całodobowa placówka systemu pieczy zastępczej □ inne (jakie?) ……………………………………………………..

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

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

2. Informacje o rodzeństwie (biologicznym, adopcyjnym)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię | Wiek | Czy występują trudności zdrowotne/wychowawcze? Jakie? |  Uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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/opiekun | Tata/opiekun |
| Wiek |  |  |
| Wykształcenie |  |  |
| Status na rynku pracy |  |  |
| Stan zdrowia |  |  |
| Czy jest lub była udzielana pomoc psychologiczna/ psychiatryczna? |  |  |
| Czy w rodzinie pochodzenia występowały problemy związane z nadużywaniem alkoholu/narkotyków, przemocą, zdrowiem( w tym psychicznym) członków rodziny  | □ nie□ tak (proszę krótko opisać problem i Pani nastawienie)  | □ nie□ tak (proszę krótko opisać problem i Pana nastawienie) |

7. Informacje o **rodzinie biologicznej** dziecka:

Jeżeli jest znany, proszę podać przybliżony wzrost rodziców biologicznych: Matka …………………… Ojciec ………………….

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? ……………………………………………………………………………………………………………………

….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

- mające konflikt z prawem) NIE/TAK – kto i jakie?............................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

- mające problemy zdrowotne NIE/TAK – kto i jakie?.........................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

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.) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ...……………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….………………………………………………………………………………………….……………………………...…………………………………………………………………………………….………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..….

1. **Informacje dotyczące sytuacji dziecka**
2. Jaka jest przyczyna zgłoszenia się z dzieckiem? Jakie działania były/są podejmowane? (Proszę, o opisanie konkretnego problemu/problemów z jakim się Państwo zgłaszacie, kiedy się pojawił, od czego się zaczął, jak zmieniał się w czasie, jakie były rezultaty podejmowanych działań) ………………………………………………………………………………………………………………………………... ..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..……………………………………………………………………………………….…………………………………………………...………………………………………………..……………………………………………………………………………………..……….…………………………..………………….……………………………………………………………………………………………………..………………….……….…………….………………………………………………………………………………………………….……………………………………..….……………………………………..………………………………………………………………….……...………………………………….……………………………………………………………………………………………………..………………………………………….………………………………………………………………………..…………………………….……………………..…………………………….……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………...…………………………………………………………......………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….………………………………………………........................................................................................................………..……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………..………….....…………………………………………………………..…...……………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………....……………..…………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy i jak dziecko definiuje problem? ……………………………………………………………………………………………………………………………….………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….………….…………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………….…………………………………………………………………………………………….……………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………….………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………..………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Przyczyna podania i jaki specjalista przepisał** | **Okres podawania** | **Efekty** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

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

 6. Czy dziecko przechodziło jakiekolwiek choroby laryngologiczne (wysiękowe zapalenie ucha, przewlekłe katary)?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

8. Czy dziecko przechodziło jakiekolwiek zabiegi chirurgiczne / operacje? Jakie?....................................................................... …………………………………………………………………………………………………………………………….………..………………………………………………………………………………………………………………….……………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

10. Czy dziecko cierpi na choroby przewlekłe (gastrologiczne, endokrynologiczne, laryngologiczne, nefrologiczne lub inne)? Jakie? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

11. Czy dziecko bierze obecnie jakiekolwiek leki na stałe? (jakie, dawka, częstotliwość przyjmowania) ….……………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

12. 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** |  |
| Papieros | **TAK / NIE** |  |
| Alkohol | **TAK / NIE** |  |
| Narkotyki | **TAK / NIE** |  |
| Problemy z prawem, nadzór kuratora, usunięcie ze szkoły | **TAK / NIE** |  |
| Próby samobójcze | **TAK / NIE** |  |
| Tiki | **TAK / NIE** |  |
| Zaburzenia rozwoju mowy | **TAK / NIE** |  |
| Samookaleczenia | **TAK / NIE** |  |

13. Jak często **w okresie ostatnich 4 tygodni** Państwa dziecko (proszę użyć określeń: wcale, rzadko, czasami, często, codziennie)

|  |  |
| --- | --- |
| 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? |  |
| Podejmowało zajęcia , które lubi? |  |
| Miało trudności podczas rozmowy z innymi dziećmi? |  |
| Miało trudności w koncentracji (łatwo się rozpraszało)? |  |
| Wykonywało powtarzalne, bezcelowe czynności, ruchy ciała lub dźwięki |  |
| Zgłaszało ból brzucha |  |
| Zgłaszało ból głowy |  |
| Zgłaszało nudności |  |
| Zgłaszało brak apetytu |  |
| Zgłaszało trudności ze snem |  |

1. Kiedy dziecko zaczęło siadać, stawać, chodzić? Czy raczkowało?..................................................................................................
2. Czy zaobserwowano u dziecka zaburzenia w rozwoju ruchowym, jakie?..................................................................................... ........................................................................................................................................................................................................ ……………………….………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………….
3. Kiedy dziecko zaczęło wypowiadać pierwsze słowa (mama, tata, itp.) i proste zdania?............................................................... .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
4. Kiedy dziecko przestało nosić pieluszkę? …………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Czy u dziecka występowało moczenie nocne?...............................................................................................................................
6. Czy u dziecka występowały niepokojące 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)? .…………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………

1. Czy dziecko chodziło do przedszkola, w jakim okresie, jak przebiegała adaptacja?................................................................... .…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..… …………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………
2. Proszę uzupełnić tabelę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wiek przedszkolny** | **Szkoła podstawowa/gimnazjum** | **Szkoła średnia** |
| Relacje z rówieśnikami |  |  |  |
| Czy nauczyciele zgłaszali problemy z dzieckiem (jakie)? |  |  |  |
| Reakcja rodziców/ opiekunów na zgłaszane problemy |  |  |  |
| Czy występowały problemy w poza szkołą (jakie)? |  |  |  |
| Reakcja rodziców/ opiekunów na występujące problemy |  |  |  |

1. Dziecko (proszę uzupełnić wpisując TAK lub NIE):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | We wczesnym dzieciństwie | W okresie szkolnym |
| Lubi/ło się przytulać |  |  |
| Uśmiecha/ło się do innych ludzi? |  |  |
| Nawiązuje/ywało kontakt wzrokowy, gdy ktoś do niego mówi/ł? |  |  |
| Było/jest płaczliwe? |  |  |
| Było/jest nieśmiałe? |  |  |
| Często nie panuje/owało nad swoimi emocjami? |  |  |
| Przejawia/ło zachowania agresywne lub autoagresywne? |  |  |
| Było/jest nadruchliwe, nie potrafi/ło się uspokoić? |  |  |
| Nadmiernie boi/bało się głośnych dźwięków? |  |  |
| Wykazuje/ywało nadwrażliwość dotykową np. na metki? |  |  |
| Nie lubi/ło czesania, obcinania paznokci? |  |  |
| Lubi/ło zabawy plasteliną, masą solną, farbami? |  |  |
| Izoluje/owało się od dzieci? |  |  |
| Samodzielnie rozbiera/ło się i ubiera/ło? |  |  |
| Nie lubi/ło pewnego jedzenia z powodu jego konsystencji, faktury, temperatury? |  |  |
| Często wydaje/wało się nie zauważać, że się uderzyło? |  |  |
| Często wpada/ło na różne przedmioty? |  |  |
| Długo uczy/ło się jeździć na rowerze? |  |  |
| Ma/miało koszmary? |  |  |

25. Proszę w miarę możliwości udzielić odpowiedzi opisowych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **W okresie przedszkolnym** |  **W okresie szkolnym** |
| Czy u dziecka występowały problemy z opanowaniem umiejętności, materiału edukacyjnego (jakie)? |  |  |
| Jakie opinie/ocenyotrzymywało dziecko? |  |  |
| Czy był odroczony obowiązek szkolny lub dziecko powtarzało klasy (kiedy, przyczyny)? |  |  |
| Jakie dziecko ma/miało sukcesy, zdolności? |  |  |
| Jakie dziecko ma/miało trudności? Czy otrzymywało uwagi? |  |  |
| Czy dziecko ma/miało przyjaciół, koleżanki/ kolegów? |  |  |
| Czy i jak spędza z nimi czas? |  |  |
| Czy dziecko woli/wolało współpracę czy rywalizację? |  |  |
| Czy dziecko doznawało przemocy ze strony rówieśników (jakiego rodzaju, przyczyny)? |  |  |
| Czy dziecko stosowało przemoc wobec rówieśników (jakiego rodzaju, przyczyny)?  |  |  |

1. Czy i na jakie zajęcia pozalekcyjne chodzi dziecko (w szkole lub poza nią) i jak często?

.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………….….

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

28. Jak dziecko spędza wolny czas? Co lubi robić?................................................................................................................................ ...………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

29. Inne istotne informacje dotyczącego sytuacji dziecka ..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………….

…………………………………………………………………………………………

 Czytelny podpis (imię i nazwisko) rodzica / opiekuna