



## KWESTIONARIUSZ DLA DZIECI

### Informacje ogólne

Imię i Nazwisko  
Rodzica/Opiekuna :

Imię i Nazwisko  
Dziecka :

Data urodzenia :

Adres :

Tel. :

Tel. komórkowy :

Email :

Do jakiej szkoły uczęszcza Państwa dziecko?

Proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania poprzez zaznaczenie właściwej kratki w tabelce, a następnie o odesłanie kwestionariusza na adres umieszczony w nagłówku kwestionariusza drogą pocztową, mailową lub faxem.

Dziękuję bardzo.



## Rozwój dziecka

	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy w rodzinie występowały przypadki trudności w nauce?		
Czy wystąpiły komplikacje (medyczne) w trakcie ciąży?		
Czy poród miał nietypowy przebieg (np. był przedłużony, wymagał dodatkowych urządzeń, odbył się poprzez cesarskie cięcie)?		
Czy dziecko przyszło na świat co najmniej 2tyg. przed lub po terminie?		
Czy dziecko w chwili przyjścia na świat ważyło poniżej 2,5kg?		
Czy u dziecka występowały problemy z przyjmowaniem pokarmu w pierwszych tygodniach życia?		
Czy dziecko było bardzo wymagające w ciągu pierwszych 6 miesięcy życia?		
Czy dziecko ominęło 'motoryczne etapy' czołgania i czworakowania?		
Czy dziecko późno nauczyło się chodzić (powyżej 16. miesiąca życia)?		
Czy dziecko późno nauczyło się mówić (2-3 wyrazowe frazy pojawiły się w wieku 18 miesięcy lub później)?		
Czy dziecko miało trudności z nauką ubierania się, np. z zapinaniem guzików czy zawiązywaniem sznurowadeł w wieku 6-7 lat?		
Czy u dziecka stwierdzono alergię?		
Czy u dziecka wystąpiły niepożądane reakcje na szczepionki?		
Czy dziecko ssało kciuk powyżej 5. roku życia?		
Czy dziecko cierpi na chorobę lokomocyjną?		



## Powyżej 7. roku życia:

	TAK	NIE
Czy dziecku sprawia trudność odczytywanie godziny z tradycyjnego (analogowego) zegara?		
Czy dziecko miało wyraźne problemy z nauką jazdy na rowerze?		
Czy w którymś momencie dziecko cierpiało na częste infekcje ucha, nosa i/lub gardła?		
Czy w pierwszych 3 latach życia dziecko cierpiało na choroby, w których występowała wysoka gorączka, majaczenie i/lub drgawki?		
Czy dziecku sprawia trudność łapanie piłki, wykonywanie przewrotów lub wyraźnie odstaje od grupy podczas zajęć wychowania fizycznego?		
Czy dziecko ma problem z usiedzeniem w miejscu nawet przez krótką chwilę?		
Czy u dziecka występuje gwałtowna reakcja, gdy pojawia się nagły, niespodziewany hałas?		
Czy u dziecka występują trudności z czytaniem?		
Czy u dziecka występują trudności z pisaniem?		
Czy u dziecka występują trudności z przerysowywaniem?		

## Dodatkowe informacje

Czy u dziecka zdiagnozowano choroby/zaburzenia?		
---	--	--

Proszę o podanie wszelkich dodatkowych informacji, które uznają Państwo za istotne w perspektywie ew. diagnozy dziecka, włączając w to wszelkie już uzyskane informacje:



## Część słuchowa

<b>Rozwój dziecka</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy u dziecka wystąpiły opóźnienia w rozwoju ruchowym?		
Czy u dziecka wystąpiły opóźnienia w rozwoju mowy?		
Czy dziecko cierpiało z powodu nawracających infekcji ucha?		
Czy dziecko było kiedykolwiek badane pod kątem problemów ze słuchem/wzrokiem?		
<b>Słuch odbiorczy: czy któryś z poniższych punktów dotyczy Państwa dziecka?</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Problemy z dłuższą koncentracją uwagi		
Łatwo się rozprasza		
Nadwrażliwość na dźwięki		
Niezrozumienie zadawanych pytań		
Mylenie podobnie brzmiących wyrazów, częsta potrzeba powtarzania		
Trudności z wykonywaniem złożonych poleceń		
<b>Rozwój ruchowy: czy któryś z poniższych punktów dotyczy Państwa dziecka?</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Niewłaściwa postawa		
Niespokojne, nerwowe zachowanie		
Niezdarność, słaba koordynacja/sprawność ruchowa		
Brzydkie pismo		
Słaba organizacja		
Mylenie prawej i lewej strony		
Niejasna dominacja (np. pisze prawą ręką, je lewą; zamienia ręce przy różnych czynnościach)		
Niska sprawność ruchowa		

*"Stworzono na podstawie Kwestionariusza Rozwojowego INPP opracowanego przez Blythe P, McGlown D, (1978). Copyright. 1979, Insight Publications Chester;1998 The British Journal of Occupational Therapy;2008 Hawthorn Press, Stroud; 2009, Wiley Blackwell, Chichester."*