



KARTA WYWIADU Z RODZICAMI

Żywnienie

INFORMACJE O DZIECKU:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Diagnoza (jeżeli posiada):.....

CIAŻA I PORÓD:

1.Waga urodzeniowa dziecka.....

2.Termin porodu (tydzień ciąży).....

3.Poród siłami natury/ cesarskie cięcie

4.Ciąża.....

5.Dziecko

6. Ciąża leżąca (od którego tygodnia).....

7.Nadczynność-niedoczynność tarczycy.....

8. Cukrzyca (jaki typ?).....

9.Różyczka,gruźlica.....

10. Wstrząs psychiczny (trauma).....

11. Przyjmowanie alkoholu, palenie papierosów, inne używki.....



12. Przyjmowane leki - proszę uwzględnić każdy lek m.in. antybiotyki, Nospa itp.

.....
.....

PRZEBIEG PORODU:

13. Położenie dziecka przy porodzie: (główkowe, pośladkowe/miednicowe, poprzeczne).....

.....

14. Poród: normalny-wywołany- powikłany- przedłużający się ponad 12 godzin.....

.....

15. Poród ze wspomaganie np. kleszcze, pomoc ręczna, próżnościąg - vacuum

.....

16. Czy były podawane leki, jakie?

.....

17. Ważniejsze choroby/niepełnosprawności występujące w najbliższej rodzinie (padaczka, choroby neurologiczne, zespoły genetyczne, upośledzenie umysłowe, nowotwory, inne)

.....

.....

18. Stan dziecka po porodzie (bez komplikacji, niedotlenienie, owinięcie pępowiną, punkty Apgar, umieszczenie dziecka w inkubatorze – jak długo, przedłużająca się żółtaczka noworodkowa)

.....

.....

19. Czy w ciągu pierwszych dwóch lat dziecko miało jakieś poważniejsze wypadki/zdarzenia wymagające interwencji lekarskiej (złamania, upadki, zachłyśnięcia itp.)

.....

.....

20. Informacje dotyczące rozwoju i funkcjonowania dziecka

- W jakim wieku dziecko zaczęło:

Głuzyc.....

Gaworzyć ..

Mówić pierwsze słowa.....

Samodzielne siadać



Raczkować.....

Jeśli dziecko raczkowało to czy było to raczkowanie naprzemienne czy też inny sposób (np. przesuwanie się na poślądkach, aktywna była tylko jedna strona itp.)

.....

Wstawać

Chodzić

• Czy obecnie dziecko porusza się / przemieszcza samodzielnie? TAK NIE Jeśli tak, w jaki sposób przemieszcza się (chodzi samodzielnie, przy wsparciu, raczkuje, pełza, przesuwa się na poślądkach, turla się itp.)

.....

• Czy Państwa dziecko ma wady rozwojowe (skrzywienia kręgosłupa, niedowład, porażenia kończyn, zniekształcenia itp.)

.....

• Czy dziecko:

W ciągu dnia przeważnie ma otwartą buzię TAK NIE

Śpi z otwartą buzię TAK NIE

Ma problemy ze zgryzem TAK NIE

Ma zbyt duży język TAK NIE

Ma problemy z migdałami TAK NIE

Obecnie używa smoczka TAK NIE

Używało smoczka do miesiąca/roku życia

Krztusi się w czasie posiłków TAK NIE

Często krztusiło się w pierwszym roku życia TAK NIE

W pierwszym roku życia miało częste kolki TAK NIE

INFORMACJE DOTYCZĄCE JEDZENIA

1. Czy dziecko było karmione piersią i czy występowały w tym okresie jakiegokolwiek trudności z jedzeniem?

.....
DIAGNOZA TERAPIA WSPOMAGANIE

2. Wyrzynanie zębów (kiedy, jaki przebieg):.....

.....

3. Kiedy rozpoczęto wprowadzanie produktów stałych, czy występowały trudności



-
- przy wprowadzaniu tych produktów?.....
.....
.....
4. Co niepokoi Państwa w obecnej sytuacji w żywieniu dziecka?.....
.....
.....
5. Czy dziecko sygnalizuje głód? Jeśli tak to w jaki sposób?.....
.....
.....
.....
6. Czy dziecko jest zainteresowane, gdy inni spożywają posiłek ?.....
.....
7. Czy dziecko podczas jedzenia posługuje się sztuczkami czy je rękoma?.....
.....
8. Czy dziecko dotyka potraw, produktów spożywczych, jakich ?
a. Podczas jedzenia.....

b. Poza czasem posiłku (podczas zabaw, przygotowania posiłków).....
.....
9. Czy dziecko denerwuje się, jeżeli podczas jedzenia zabrudzi sobie ubranie lub ręce i czy domaga się natychmiastowego umycia?.....
.....
.....
10. Czy dziecko obawia się zabrudzenia warg podczas jedzenia?.....
.....
11. Czy dziecko potrafi zdjąć pokarm z łyżki wargami?.....
.....
.....
12. Czy dziecko żuje pokarm?.....



13. Czy dziecko zatrzymuje pokarm w policzkach?.....

14. Czy dziecko wybiera produkty płynne czy twarde do jedzenia?.....

15. Ile posiłków dziennie zjada dziecko?.....

16. Czy dziecko je w określonych godzinach – regularnie? Jakie to są godziny?.....

17. Gdzie dziecko zjada posiłki – określ miejsce?.....

18. Czy dziecko je samodzielnie czy jest karmione?.....

19. Jakie rytuały – stałości związane z jedzeniem ma dziecko? (miejsce jedzenia, naczynia, zachowania rodziców).....

20. Jak dziecko reaguje na nowe, proponowane mu do zjedzenia potrawy?.....

21. Czy zdarzyło się, aby dziecko zwymiotowało:

a. podczas jedzenia (jaka potrawa?).....

b. na widok jedzenia (jaka potrawa?).....

c. na widok jedzącej osoby (jaką potrawę?).....

22. Czy ktoś z rodziny prezentuje problemy z jedzeniem? Jakie?.....

23. Czy dziecko było konsultowane u specjalistów? Jeśli tak to u jakich?.....



INFORMACJE O DZIECKU DOTYCZĄCE ODDZIAŁYWAŃ TAREPEUTYCZNYCH

1. Czy dziecko uczęszcza do przedszkola, żłobka?.....

2. Czy dziecko posiada niepełnosprawność lub jest diagnozowane w tym kierunku?.....

3. Czy dziecko korzysta z zajęć specjalistycznych, jakich ?

4. Przyjmowane przez dziecko leki, suplementy:.....

5. Poziom funkcjonowania dziecka:

a. Sprawność manualna:.....

b. Komunikowanie się:.....

c. Umiejętności naśladowania, koordynacja ruchów.....

6. Ulubione aktywności i zabawki dziecka , motywacja dziecka :.....

7. Samoobsługa Jaki jest poziom samodzielności dziecka?

- zakładanie i zdejmowanie ubrań

- mycie się.....

- mycie zębów

- czesanie

- jedzenie posiłków

- picie

- sygnalizowanie potrzeb fizjologicznych, opanowanie treningu czystości

Czy dziecku trzeba przypominać o załatwianiu potrzeb fizjologicznych? TAK NIE



PROGRESSUS

DIAGNOZA TERAPIA WSPOMAGANIE

Jak często?
Czy wymaga przy tym pomocy? TAK NIE

8. Przyjmowanie pokarmów/napojów

W jaki sposób dziecko je?

- wyłącznie z butelki TAK NIE
- pije mleko z butelki, posiłki je z talerza TAK NIE
- w ogóle nie używa butelki TAK NIE
- ma problem z żuciem pokarmów TAK NIE
- ma problem z przełykaniem pokarmów TAK NIE
- ślini się TAK NIE
- jedzenie wypada mu z buzi TAK NIE
- w czasie posiłku siedzi przy stole TAK NIE
- w czasie posiłku ogląda bajki itp. TAK NIE

Inne informacje i sugestie, które chcielibyście Państwo przekazać:

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

(podpis rodzica)

PROGRESSUS

DIAGNOZA TERAPIA WSPOMAGANIE