

Ankieta przedlekarska

Prosimy o dokładne zapoznanie się z treścią formularza i wypełnienie go zgodnie ze wskazówkami. W przypadku braku miejsca prosimy o dopisanie treści na dodatkowej kartce.

Dane Podstawowe		Data zgłoszenia	
Nazwisko		Imię	
Data urodzenia		PESEL dziecka	
Płeć dziecka		Telefon domowy	
Telefon ojca		Telefon matki	
Adres e-mail ojca		Adres e-mail matki	
Adres zamieszkania dziecka			
Województwo		Miejscowość, kod pocztowy	
Ulica		Numer domu, numer mieszkania	

Cel wizyty			
Czy to była inicjatywa rodziców	Tak		Nie
Kto skierował rodziców do ośrodka?			

Dane o rodzinie Dziecka

	Imię i nazwisko (jeśli inne niż nazwisko dziecka)	Data urodzenia	Wykształcenie	Zawód
Matka				
Ojciec				
Rodzeństwo				
Inne osoby zamieszkujące razem z dzieckiem				

CZĘŚĆ MEDYCZNA				
Kiedy po raz pierwszy rodziców zaniepokoiło zachowanie dziecka? W jakim wieku było dziecko (proszę podać w miesiącach)?				
Kiedy dziecko wymówiło pierwsze słowo? W jakim wieku było dziecko (proszę podać w miesiącach)?				
Kiedy dziecko wymówiło pierwsze zdania? W jakim wieku było dziecko (proszę podać w miesiącach)?				
Kiedy dziecko zaczęło chodzić? W jakim wieku było dziecko (proszę podać w miesiącach)?				
Gdzie dziecko było dotychczas konsultowane?				
Czy była postawiona diagnoza spektrum autyzmu? Inna diagnoza?		Tak		Jaka?
		Nie		
Kto, gdzie i kiedy postawił diagnozę spektrum autyzmu?				
Czy dziecko było kiedykolwiek hospitalizowane?		Tak		Nie
Termin pobytu	Gdzie (placówka)	Powód		
Czy dziecko było konsultowane przez lekarza specjalistę?				
Specjalista	Gdzie	Kiedy i ile razy	Krótki opis rezultatów. Prosimy o podanie informacji, czy lekarz stwierdził jakiegokolwiek nieprawidłowości i czy zostało zaproponowane postępowanie medyczne (w miarę możliwości prosimy o dołączenie kserokopii zaświadczeń lekarskich i wyników konsultacji)	
Neurolog				
Okulista				
Laryngolog				
Audiolog				
Foniatra				
Alergolog				
Psychiatra				

Czy dziecko przechodziło następujące badania? W przypadku odpowiedzi „tak” prosimy o dołączenie kserokopii wyników badań (można skopiować w siedzibie Ośrodka przed wizytą).				
Rodzaj badania	Tak (podać rok)	Nie	Wynik prawidłowy/ nieprawidłowy	Opis
Badanie dna oka				
EEG				
Tomografia komputerowa				
Rezonans magnetyczny				
Badanie ostrości wzroku				
Badania słuchu, potencjał wywołanie ABR (komputerowe)				
Badania słuchu audiogram				
Badania genetyczne				
Badania metaboliczne				
Teksoplazmoza				
Cytomegalia (CMV)				
Poziom Vit D3				
Badanie kału w kierunku pasożytów przewodu pokarmowego				
Posiew w kierunku candida				
Inne				

Czy w ostatnim roku były wykonywane badanie? W przypadku odpowiedzi „tak” prosimy o dołączenie kserokopii wyników badań (można skopiować w siedzibie Ośrodka przed wizytą).				
Rodzaj badania	Tak (podać datę)	Nie	Wynik	Opis
Krwi – morfologia, rozmaz				
Krwi – glukoza				
Krwi – profil wątrobowy				
Mocz badania ogólne				

Czy dziecko przyjmowało lub obecnie przyjmuje jakiegokolwiek leki lub preparaty witaminowe?				
Nazwa leku	Od kiedy jest podawany	Powód podawania leku		Obserwacje rodziców nt. funkcjonowania dziecka po podaniu leku.
Czy dziecko połyka tabletki	Tak		Nie	Jeśli nie, to w jakiej formie są podawane leki

STAN ZDROWIA DZIECKA			
Czy pacjent przebył choroby zakaźne wieku dziecięcego?	Tak		Nie
Rodzaj choroby zakaźnej wieku dziecięcego	Tak	Nie	Jeśli tak, to kiedy: miesiąc, rok
Ospa wietrzna			
Odra			
Różyczka			
Koklusz			
Inne (jakie)			

INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA					
Czy dziecko ma dodatkowe trudności w funkcjonowaniu?					
Rodzaj trudności	Tak	Nie	Rodzaj trudności	Tak	Nie
Niepełnosprawność intelektualna			Niepełnosprawność ruchowa		
Opóźnienie rozwoju psychoruchowego			Duża wada wzroku		
			Duża wada słuchu		
Problemy sensoryczne			Nadruchliwość		
Problemy z koncentracją uwagi			Trudności w komunikowaniu się		
Zachowania agresywne lub autoagresywne			Inne - jakie		
Czy dziecko jest objęte terapią specjalistyczną?			Tak		Nie
				Jeśli tak, to jaką i jak często?	
Rodzaj terapii	Tak	Nie	Rodzaj terapii	Tak	Nie
Zajęcia SI			Zajęcia grupowe/TUS		
Indywidualna zajęcia z psychologiem			Indywidualne zajęcia z pedagogiem		
Terapia logopedyczna			Rehabilitacja		
Inne - jakie					
Czy dziecko uczęszcza do placówki			Żłobek – grupa/ilość dzieci/opiekunów		
Czy dziecko ma orzeczone WWR			Przedszkole – grupa/klasa/ilość dzieci		
Czy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności			Szkoła – grupa/ilość uczniów/nauczycieli		
Proszę opisać, jakie aktualnie dziecko ma trudności w domu/placówce					
Proszę opisać, w jaki sposób dziecko najczęściej się komunikuje się z Państwem (czy komunikuje się poprzez mowę, AAC, gesty, mimikę, zachowanie?)					

Jeśli używa mowy, to proszę opisać, czy komunikuje się używając pojedynczych słów, prostych zdań, złożonych zdań, echolalii, mowa niekomunikatywna	
Proszę opisać, w jaki sposób dziecko reaguje na Państwa polecenia: nie reaguje, reaguje na proste typu: weź, podaj, pokaż itp., reaguje na złożone. Proszę podać przykłady	
Czy dziecko podejmuje współpracę z innymi osobami?	
Proszę opisać, co dziecko lubi robić w wolnym czasie, w jaki sposób lubi się bawić? Jakie aktywności, zabawki najczęściej wybiera?	
Proszę opisać jaki jest czas koncentracji dziecka, czy łatwo się rozprasza, czy jest ruchliwe, czy jest męczliwe?	
Inne ważne informacje o dziecku, które zdaniem rodziców mogą być przydatne dla lekarza.	