**Kwestionariusz dla rodziców**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka |  |
| Wiek/data urodzenia dziecka |  |
| PESEL |  |
| Czy dziecko było adoptowane?Jeśli tak, to kiedy i w jakich okolicznościach? |  |
| Kto mieszka z dzieckiem w domu? |  |
| Kto jest jego opiekunem prawnym? |  |
| Kto skierował dziecko do Centrum? |  |

1. **Jakie ma Pan/Pani obecnie problemy lub obawy związane z dzieckiem?**
2. **Czy u Pana/Pani dziecka występował lub został zdiagnozowany któryś z następujących problemów? (Jeśli tak, proszę podać szczegóły poniżej)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Smutek lub poczucie beznadziejności; częsty płacz
 |  | * Napady paniki
 |
| * Drażliwość
 | * Problemy ze wzrokiem/słuchem
 |
| * Częste myślenie o śmierci/stracie
 | * Widzenie/słyszenie/czucie rzeczy, które nie istnieją naprawdę
 |
| * Myśli samobójcze
 | * Nadaktywność
 |
| * Zmiana apetytu
 | * Impulsywność
 |
| * Wybredność w jedzeniu
 | * Brak zorganizowania/roztargnienie
 |
| * Utrata wagi lub martwienie się własną sylwetką
 | * Trudności z kończeniem zadań/projektów
 |
| * Napady objadania się/stosowanie środków przeczyszczających lub restrykcyjna dieta
 | * Wybuchy złości
 |
| * Trudności z zasypianiem lub podtrzymywaniem snu
 | * Agresywne zachowanie w domu
 |
| * Koszmary senne/ lęki nocne/ sennowłóctwo
 | * Agresywne zachowanie w szkole
 |
| * Chrapanie lub trudności z oddychaniem podczas snu
 | * Wagarowanie
 |
| * Nadmierna senność w ciągu dnia
 | * Problemy z policją/prawem
 |
| * Moczenie się w nocy
 | * Nadmierne korzystanie z komputera/telefonu/gier
 |
| * Wypadki utraty kontroli nad czynnościami fizjologicznymi w ciągu dnia
 | * Używanie alkoholu lub innych narkotyków
 |
| * Tiki/zespół Tourette’a, ruchy mimowolne
 | * Bycie świadkiem przemocy domowej
 |
| * Opóźnienie rozwoju języka/mowy
 | * Rozwód rodziców
 |
| * Zaburzenie uczenia się (czytanie/liczenie/pisanie)
 | * Przeprowadzka rodziny
 |
| * Wyrywanie sobie włosów/brwi lub skubanie skóry
 | * Utrata zwierzęcia domowego
 |
| * Mała liczba przyjaciół
 | * Utrata przyjaciela lub chłopaka/dziewczyny
 |
| * Bycie ofiarą zaniedbania lub znęcania się fizycznego/seksualnego
 | * Porzucenie przez rodziców
 |
| * Nadmiernie sztywne trzymanie się rutynowych czynności
 | * Śmierć członka rodziny/przyjaciela
 |
| * Problemy związane z przechodzeniem od jednych zajęć do drugich
 | * Jakieś inne problemy?

Jakie?: |
| * Wycofanie społeczne
 |  |

**Szczegółowe informacje na temat zaznaczonych problemów (wiek, krótki opis):**

1. **Dane na temat ciąży i porodu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy ciąża była planowana? |  |
| Czy poród odbył się terminie? |  |
| Problemy lub choroby w czasie ciąży? |  |
| Używanie substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu, tytoniu) lub narażenie na substancje toksyczne w czasie ciąży? |  |
| Trudny poród? |  |
| Cesarskie cięcie? |  |
| Masa urodzeniowa (gramy)? Wzrost noworodka? |  |
| Czy dziecko miało problemy z oddychaniem? |  |
| Czy podano tlen? |  |
| Czy dziecko miało żółtaczkę? |  |
| Czy przeprowadzono transfuzję krwi? |  |

1. **W którym miesiącu/roku życia dziecko:**

|  |  |
| --- | --- |
| Po raz pierwszy usiadło bez podparcia? |  |
| Zaczęło raczkować? |  |
| Po raz pierwszy stanęło samodzielnie? |  |
| Zaczęło chodzić? |  |
| Wypowiedziało pierwsze słowa? |  |
| Zaczęło mówić pełnymi zdaniami? |  |
| Zakończyło trening czystości? |  |

1. **Dane na temat ogólne stanu zdrowia dziecka:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Alergie
 |  | * Uraz głowy
 |
| * Astma
 | * Gorączka reumatyczna
 |
| * Cukrzyca
 | * Paciorkowcowe zapalenie gardła
 |
| * Ospa wietrzna lub odra
 | * Operacje chirurgiczne
 |
| * Problemy z sercem
 | * Nawracające bóle głowy
 |
| * Infekcje uszu
 | * Częste bóle brzucha
 |
| * Infekcje układu moczowego
 | * Napady drgawkowe
 |
| * Słaba kontrola na wypróżnieniem się
 | * Inne choroby lub obrażenia
 |
| * Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych/zapalenie mózgu
 | * Hospitalizacje
 |

**Szczegółowe informacje na temat zaznaczonych w pkt. 5 problemów (wiek w latach, leczenie, wynik leczenia):**

1. **Wszelkie obecnie lub dawniej używane leki:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa leku | Wiek podczas przyjmowania | Dawka | Przyczyna stosowania i skuteczność |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Historia szczepień – wpisz rok życia, w którym dana szczepionka została podana:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * DTP (błonica, tężec, krztusiec)
 |  | * MMR (odra, świnka, różyczka)
 |
| * Zapalenie wątroby typu A
 | * Polio
 |
| * Zapalenie wątroby typu B
 | * Ospa wietrzna
 |
| * Grypa
 | * HPV (wirus brodawczaka ludzkiego)
 |
| * Meningokoki (zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych)
 | * Inne:
 |

1. **Przebieg nauki:**

|  |  |
| --- | --- |
| Obecna szkoła |  |
| Klasa |  |
| Wychowawca |  |
| Obecne stopnie (zakres) |  |
| Problemy z konkretnymi przedmiotami? |  |
| Problemy wychowawcze? |  |
| Powtarzanie klasy? |  |
| Specjalne potrzeby edukacyjne? |  |
| Do ilu szkół uczęszczało dziecko? |  |

1. **Dane na temat rodziny (proszę podać informacje na temat przyrodniego lub przybranego rodzeństwa):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | matka | ojciec | Przybrana matka | Przybrany ojciec |
| Imię i nazwisko |  |  |  |  |
| Ulica |  |  |  |  |
| Miejscowość, kod pocztowy |  |  |  |  |
| Telefon kontaktowy |  |  |  |  |
| E- mail |  |  |  |  |
| Wykształcenie |  |  |  |  |
| Liczba związków małżeńskich |  |  |  |  |
| Zawód wykonywany |  |  |  |  |
| Dzieci (imiona, wiek) |  |  |  |  |
| Imiona i nazwiska dziadków |  |  |  |  |
| Miejsce zamieszkania dziadków  |  |  |  |  |

1. **Przebyte choroby w rodzinie:**

**Czy u jakiegokolwiek krewnego dziecka** (matki, ojca, brata, siostry, wujka, cioci, dziadka, babci, kuzyna) **występowało lub zostało zdiagnozowane któreś z następujących zaburzeń?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kto z krewnych? | Krótki opis |
| Nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych |  |  |
| Lęk, fobie, obsesje |  |  |
| Autyzm/zespół Aspergera |  |  |
| Problemowe zachowanie/zaburzenie zachowania/zachowanie przestępcze |  |  |
| Konflikty z rodziną lub innymi osobami |  |  |
| Depresja |  |  |
| Zaburzenia uczenia się lub trudności intelektualne |  |  |
| Mania/zaburzenie dwubiegunowe |  |  |
| ADHD |  |  |
| Psychoza/ schizofrenia |  |  |
| Napady drgawkowe/padaczka/urazowe uszkodzenie mózgu |  |  |
| Samobójstwo lub próba samobójcza |  |  |
| Tiki/zespół Tourette’a |  |  |

**Szczegółowe informacje na temat zaznaczonych w pkt. 10 problemów:**

1. **Czy rodzina przeżywa obecnie stres związany z jakąś sytuacja lub zaburzeniem, np. chorobą, śmiercią, zmianą miejsca pracy, problemami finansowymi, wielokrotnymi przeprowadzkami, utrata pracy? Jeśli tak, proszę to opisać:**

1. **Czy istnieją inne ważne okoliczności, które wpływają na to, jak wychowuje Pan/Pani dziecko? Proszę je opisać:**