

DJ – 2.1
KARTA PODSTAWOWYCH INFORMACJI

Szanowni Państwo, prosimy o wypełnienie poniższej karty informacji wstępnych. Dostarczenie przez Państwa poniższych informacji pozwoli diagnoście odpowiednio przygotować się do dalszych etapów diagnozy logopedycznej, a także przyspieszy ten proces. Wszystkie dane uzyskane od Państwa są poufne i będą wykorzystywane wyłącznie do celów diagnostyczno-terapeutycznych. Bez Państwa wiedzy i woli nie zostaną udostępnione osobom postronnym. W miarę możliwości prosimy o udzielanie odpowiedzi przez obojga rodziców. Je śli posiadają Państwo jakiegokolwiek specjalistyczne opinie (raporty, wypisy), które Waszym zdaniem mogą być pomocne dla postawienia rzetelnej diagnozy – prosimy o przyniesienie ich na spotkanie z logopedą.

Dziękujemy za wypełnienie poniższego arkusza.

A. DANE IDENTYFIKACYJNE DOKUMENTU

| | |
|---|---------|
| 1. Imiona i nazwiska osób wypełniających kwestionariusz | 2. Data |
|---|---------|

B. DANE OGÓLNE O DZIECKU I RODZINIE

| | | |
|--|---|------------------------|
| 1. Imię i nazwisko dziecka | 2. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok) | 3. Wiek (rok, miesiąc) |
| | | ____.____.____ |
| 4. Miejsce zamieszkania | 5. Placówka opiekuńcza (np. przedszkole, żłobek), do której dziecko uczęszcza | |
| 6. Imię i nazwisko matki (prawnej opiekunki) | 7. Miejsce zamieszkania | |
| 8. Telefon kontaktowy | 9. Wykształcenie | 10. Zawód wykonywany |
| 11. Imię i nazwisko ojca (prawnego opiekuna) | 12. Miejsce zamieszkania | |
| 13. Telefon kontaktowy | 14. Wykształcenie | 15. Zawód wykonywany |
| 16. Rodzeństwo (imię, wiek) | | |
| a) | | |
| b) | | |
| c) | | |
| d) | | |
| e) | | |
| f) | | |

C. ROZWÓJ DZIECKA I OGÓLNA KONDYCJA ZDROWOTNA

| | |
|--|----------------------------------|
| 1. Przebieg ciąży (choroby, urazy matki podczas ciąży, zażywane leki, hospitalizacje), inne: | |
| 2. Przebieg porodu: <input type="checkbox"/> Przedwczesny <input type="checkbox"/> O czasie <input type="checkbox"/> Po terminie <input type="checkbox"/> Siłami natury <input type="checkbox"/> Cesarskie cięcie Komplikacje podczas porodu – jakie: | |
| 3. Waga urodzeniowa: | 4. Liczba punktów w skali Apgar: |
| 4. Rozwój ruchowy dziecka (raczkowanie, siadanie, stanie, samodzielne chodzenie): <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> były trudności, proszę wskazać, jakie: | |
| 5. Stan zdrowia dziecka | |
| 5.1. Czy zdarzyły się / miały miejsce w przypadku dziecka: | |
| <input type="checkbox"/> Urazy głowy <input type="checkbox"/> Pobyty w szpitalu <input type="checkbox"/> Choroby z wysoką gorączką <input type="checkbox"/> Drgawki <input type="checkbox"/> Utraty przytomności | |
| 5.2. Inne poważne problemy zdrowotne: | |
| 5.3. <input type="checkbox"/> Częste infekcje <input type="checkbox"/> Alergie <input type="checkbox"/> Częste nieżyty nosa | |
| 5.4. Aktualny stan zdrowotny dziecka: <input type="checkbox"/> Dobry <input type="checkbox"/> Często choruje Poważne choroby (jakie?): | |

| |
|---|
| 5.5. Badanie słuchu (poza badaniem przesiewowym słuchu bezpośrednio po ur.) <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, wynik: |
| 5.6. Badanie neurologiczne: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, powód: |
| 5.7. Inne konsultacje lub opieka lekarzy specjalistów: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, powód: |

6. Umiejętności motoryczne/samoobsługowe/koordynacja ruchów – czy dziecko potrafi wykonać daną czynność samodzielnie

| | |
|--|--|
| 6.1. Korzysta z toalety <input type="checkbox"/> Nie lub są trudności <input type="checkbox"/> Tak, bez trudności | 6.2. Pije z kubeczka bez pomocy <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak |
| 6.3. Ubiera się i rozbiera bez pomocy osoby dorosłej <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak | 6.4. Wchodzi naprzemiennie po schodach (używa raz jednej, raz drugiej nogi) <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak |
| 6.5. Jeździ na rowerku lub hulajnodze (bez wsparcia / bez dodatkowych kółek) <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, od kiedy: | 6.6. Koloruje/rysuje <input type="checkbox"/> Nie lub niechętnie <input type="checkbox"/> Tak, chętnie |
| 6.7. Używa nożyczek do cięcia papieru <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak | 6.8. Zazwyczaj używa jako wiodącej ręki (je tą ręką, rysuje): <input type="checkbox"/> Prawej <input type="checkbox"/> Lewej |

D. ROZWÓJ MOWY I NABYWANIE SPRAWNOŚCI JĘZYKOWEJ

1. Orientacyjny czas (rok lub miesiąc życia), w którym pojawiło się:

| | |
|--|---|
| 1.1. Gaworzenie (powtarzanie sylab typu <i>gaga</i> , <i>baba</i>): | 1.2. Pierwsze słowo (oprócz: <i>mama</i> , <i>tata</i> , <i>baba</i>): |
| 1.3. Używanie prostych zdań: | 1.4. Udzielanie adekwatnych odpowiedzi na pytania: |
| 1.5. Samodzielne formułowanie/zadawanie pytań: | 1.6. Opowiadanie o minionym zdarzeniu: |

2. Które stwierdzenie odnosi się do dziecka (należy wybrać właściwą odpowiedź)

| | |
|---|--|
| 2.1. <input type="checkbox"/> Mówi wyraźnie <input type="checkbox"/> Mówi mniej wyraźnie niż jego rówieśnicy | 2.2. <input type="checkbox"/> Dobrze rozumie polecenia (instrukcje) <input type="checkbox"/> Ma problemy z rozumieniem poleceń (instrukcji) |
| 2.3. <input type="checkbox"/> Ma bogaty zasób słownictwa <input type="checkbox"/> Brakuje mu słów | |
| 2.4. Posługuje się jednym językiem <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak | |
| 2.4.1. Posługuje się więcej niż jednym językiem (proszę napisać jakim) lub gwarą: | |
| 2.4.2. Ma tendencję do mieszania kodów (używa w jednym zdaniu wyrazów z obu języków) <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak | |
| 2.5. Tempo mowy dziecka: <input type="checkbox"/> Bardzo szybkie <input type="checkbox"/> Przyspieszone <input type="checkbox"/> Naturalne <input type="checkbox"/> Zwolnione | |

Uwagi (Jeśli Państwa zdaniem istnieją jakieś trudności lub kwestie związane z rozwojem dziecka, które mogą mieć wpływ na jego problemy w komunikowaniu się, to prosimy o ich wskazanie):