

W dniu diagnozy proszę dostarczyć do lekarza min.:  
ksero opinii ze szkoły, (przedszkola), wyniki badań np. neurologicznych, okulistyczne.... oraz oryginały do wglądu.

**Dane pacjenta**

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia:	
Wiek dziecka:	
PESEL dziecka/pacjenta :	
PESEL rodzica: Imię nazwisko rodzica	
Adres zamieszkania : (Kod pocztowy, gmina, ulica, nr domu )	
Telefon, e-mail:	
Diagnoza na NFZ / prywatna	
<b>Powód zgłoszenia</b>	
Wywiad uzupełnił (stopień pokrewieństwa)	
Matka (rok ur., wykształcenie, zawód, miejsce pracy)	
Ojciec (rok ur., wykształcenie, zawód, miejsce pracy)	
Rodzeństwo (rok ur.)	
Inne osoby w domu	
Stan rodziny (pełna, rozwiedziona, w separacji, dzieci z poprzednich związków)	
Stan zdrowia rodziców	
Obciążenia rodzinne (neurologiczne, psychiatryczne, upośledzenia, całościowe zaburzenia rozwoju, uzależnienia, inne)	
Orzeczenie o niepełnosprawności (symbol, do kiedy)	
Aktualna placówka, do której uczęszcza dziecko	
<b>Stan zdrowia</b>	
Diagnoza całościowych zaburzeń rozwoju (lekarz, rok)	

<i>Przebyte i aktualne choroby, pobyty w szpitalu, alergia, astma, wada wzroku, wada słuchu, wstrząsy mózgu, drgawki, inne</i>	
<i>Przyjmowane leki</i>	
<b>Badania (odbyte, zaplanowane, itp.)</b>	
<i>psychiatryczne</i>	
<i>psychologiczne</i>	
<i>neurologiczne</i>	
<i>genetyczne</i>	
<i>metaboliczne</i>	
<i>laryngologiczne</i>	
<i>audiologiczne</i>	
<i>foniatryczne</i>	
<i>okulistyczne</i>	
<i>kardiologiczne</i>	
<i>alergologiczne</i>	
<i>Opieka poradni specjalistycznych</i>	
<b>Ciąża i jej przebieg</b>	
<i>Która ciąża?</i>	
<i>Które dziecko?</i>	
<i>Przebieg ciąży - stan zdrowia matki</i>	
<i>W którym tygodniu urodzono dziecko (Hbd)</i>	
<i>Przebieg porodu (siłami natury, CC)</i>	
<i>Powikłania i urazy (nieprawidłowe położenie dziecka, zbyt duże wymiary dziecka, przodujące)</i>	
<i>Waga</i>	
<i>Długość</i>	
<i>Apgar</i>	
<i>Choroby i wady wrodzone</i>	

**PIERWSZE NIEPOKOJĄCE OBJAWY W ZACHOWANIU DZIECKA**  
(PROSZĘ O WYPEŁNIENIE! – informacje niezbędne do diagnozy)

- 
- 
- 
- 
- 
- 

**Rozwój dziecka do 12 m-c**

<i>Czy reagowało uśmiechem na twarz matki?</i>	
<i>Czy interesowało się grzechotkami, zabawkami?</i>	
<i>Czy i jak reagowało na zabawy takie jak idzie rak nieborak, „a kuku”?</i>	
<i>Siadanie (kiedy)</i>	
<i>Raczkowanie (kiedy)</i>	
<i>Stanie (kiedy)</i>	
<i>Chodzenie (samodzielne, kiedy)</i>	
<i>Pierwsze słowa (kiedy, jakie), czy dziecko wskazywało palcem zabawki, czy spełniało proste polecenia, jak daj, weź, usiądź, chodź, itp.</i>	
<i>Kontakt wzrokowy (czy nawiązywało, czy wodziło wzrokiem za zabawkami, osobami)</i>	
<i>Czy było zainteresowane innymi osobami czy raczej było bardziej skupione na sobie, własnych aktywnościach lub zabawkach</i>	

**ROZWÓJ DZIECKA do 36 -mc**

<i>Czy łąpie, kopie, rzuca piłkę?</i>	
<i>Czy z chodzą ze schodów sam czy z pomocą?</i>	
<i>Czy podskakuje obunóż, stoi na 1 nodze, jeździ na trzykołowym rowerku?</i>	

<i>Napięcie mięśniowe (obniżone, np. wypadają mu przedmioty z rąk, jest wiotkie, przelewa się przez ręce. Wzmoczone, np. zaciska pięści, ma bardziej napiętą lewą lub prawą stronę, itp.)</i>	
<i>Czy dziecko przejawia cechy nadpobudliwości ruchowej? (np. nie potrafi usiedzieć w miejscu, jest w ciągłym ruchu, itp.)</i>	
<i>Sprawność ruchowa dziecka (aktualnie - ogólnie)</i>	
<i>Czy potrafi ułożyć wieże z klocków?</i>	
<i>Czy trzyma prawidłowo kredkę? (aktualnie)</i>	
<i>Sprawność manualna dziecka (czy ma trudności z czynnościami wymagającymi precyzji ruchów, między innymi: rysowaniem, malowaniem, kolorowaniem?) - aktualnie</i>	
<b>Rozwój mowy u dziecka</b>	
<i>Czy pojawiło się gaworzenie?</i>	
<i>Pierwsze słowa (kiedy i jakie)</i>	
<i>Zasób słownictwa (ubogi – kilka słów, bogaty – nad wiek, itp.)</i>	
<i>Naśladowanie dźwięków (czy dziecko potrafi naśladować odgłosy zwierząt, dźwięki otoczenia)</i>	
<i>Budowanie zdań (zdania proste, pojedyncze, rozbudowane, złożone, w ogóle nie buduje)</i>	
<i>Zadawanie pytań (czy dziecko zadaje pytania?)</i>	
<i>Zaimki osobowe (np., ja, ty, moje, twoje, itp.)</i>	
<i>Mowa swoista (czy dziecko mówi "po swojemu", w sposób niezrozumiały dla otoczenia)</i>	
<i>Echolalie (jak „echo” - czy dziecko powtarza zasłyszane słowa, bezpośrednio – zaraz po usłyszeniu, w odroczeniu – usłyszane dużo wcześniej)</i>	
<i>Intonacja (czy wypowiedzi dziecka mają wydźwięk emocjonalny, czy zmienia barwę, ton mowy czy zawsze mówi w ten sam sposób)</i>	

Aktualny rozwój mowy	
Opieka logopedyczna	
Reakcja na imię (czy dziecko reaguje na swoje imię)	
Reakcja na proste polecenia	
Rozumienie złożonych poleceń	
<b>Komunikacja niewerbalna</b>	
Ekspresja mimiczna (czy u dziecka widać emocje na twarzy)	
Używanie gestykulacji podczas rozmowy	
Wskazywanie preżądające (czy dziecko pokazuje palcem wskazującym co chce dostać)	
Wskazywanie preinformujące (czy dziecko pokazuje coś (np. zabawkę) palcem wskazującym w celu zainteresowania nim drugiej osoby)	
Czy dziecko kiwa głową na „tak”, przeczy na „nie”?	
Używanie ręki osoby dorosłej (czy dziecko posługuje się ręką rodzica, ciągnie za nią, wkłada do niej przedmioty, np. w celu otworzenia, itp.)	
<b>Dieta</b>	
Rozpoznanie nietolerancji pokarmowej	
Okres diety (bezglutenowej, bezmlecznej)	
Wybiórczość żywieniowa - nasilenie i inne problemy z jedzeniem	
<b>Sen</b>	
Problemy ze snem we wczesnym dzieciństwie	
Rytuały związane ze snem (dziecko nie zaśnie bez np. ulubionej poduszki czy bez obecności danej osoby),	
Lęki, koszmary, wybudzenia	
Czy zasypia i śpi sam	
<b>Samodzielność</b>	

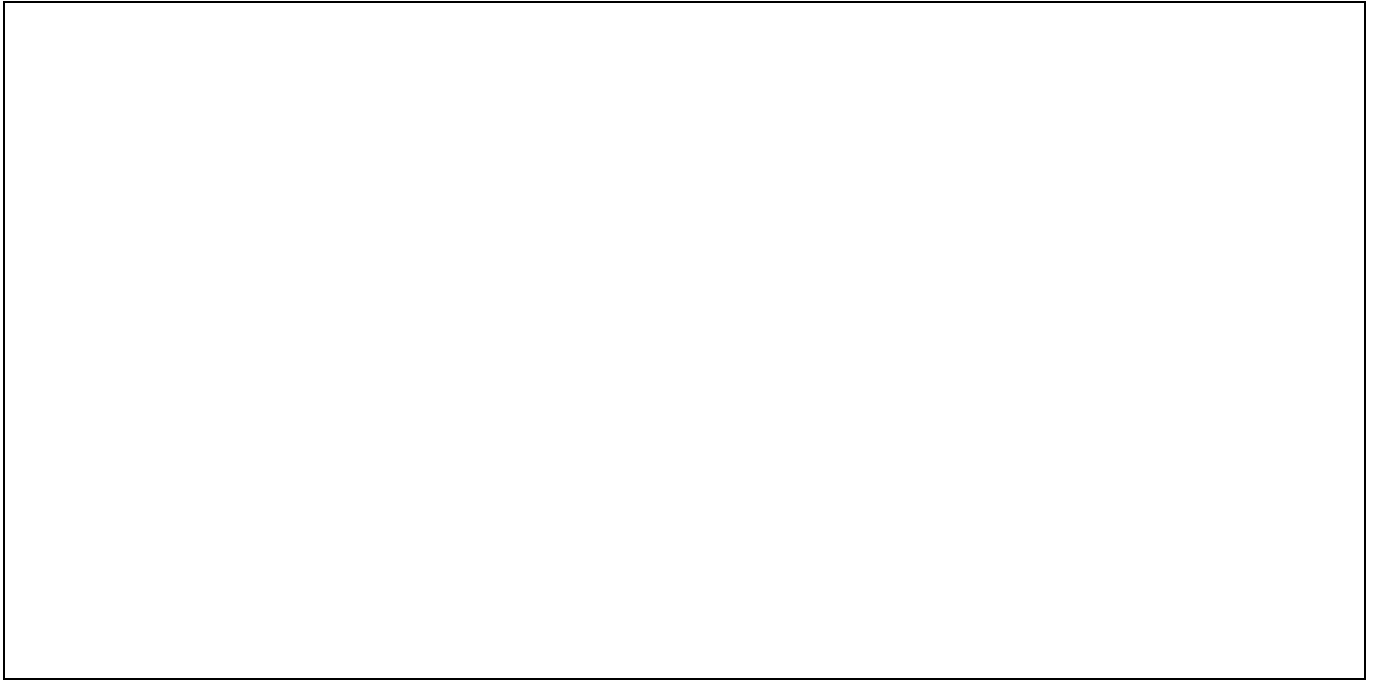
<i>Trening czystości (samodzielne czy pampersowane)</i>	
<i>Jedzenie (czy je samo, czy jest karmione)</i>	
<i>Ubieranie (guzik, sznurówki, tempo)</i>	
<i>Rozbieranie</i>	
<i>Kąpiel, mycie się, mycie zębów</i>	
<b>Kontakt wzrokowy z dzieckiem</b>	
<i>Pierwsze 36 miesięcy</i>	
<i>Aktualnie (czy nawiązuje, unika, nadmiernie się wpatruje, itp.)</i>	
<i>Z obcymi osobami</i>	
<i>Z rodziną</i>	
<b>Zabawa</b>	
<i>Zabawy z rodzicami czy samemu</i>	
<i>Zabawy z rówieśnikami czy dorosłymi</i>	
<i>Naśladowanie czynności</i>	
<i>Formy zabawy ok 2/3 r.ż. (czym i w jaki sposób się bawiło)</i>	
<i>Aktualne formy zabawy, spędzania wolnego czasu</i>	
<i>Zabawy zabawkami zgodnie z przeznaczeniem</i>	
<i>Zabawy manipulacyjne (przekładanie przedmiotów z ręki do ręki, poruszanie elementami zabawek, itp.)</i>	
<i>Zabawy konstrukcyjne (np. budowanie z klocków)</i>	
<i>Zabawy naśladowcze (np. czy karmi misia)</i>	
<i>Zabawy tematyczne (w policjanta, w sklep, itp.)</i>	
<i>Szczególne zainteresowania</i>	
<i>Oglądanie książeczek i wskazywanie palcem we wczesnym dzieciństwie</i>	

<i>Niechęć do słuchania bajek</i>	
<i>Oglądanie telewizji, korzystanie z gier komputerowych</i>	
<i>Zabawy sportowe, grupowe, ruch na świeżym powietrzu, aktywność fizyczna</i>	
<i>Preferencja informacji encyklopedycznych</i>	
<i>Orientacja w schemacie ciała (czy pokazuje części ciała, nazywa)</i>	
<i>Lateralizacja (którą ręką pisze, kopie)</i>	
<b>Kontakt z innymi osobami / rówieśnikami</b>	
<i>Pierwsze 36 miesięcy</i>	
<i>Aktualnie</i>	
<i>Problemy w relacjach społecznych</i>	
<i>Informacje od nauczycieli, wychowawców</i>	
<b>Schematyczność, stereotypowość zachowania</b>	
<i>Manieryzmy ruchowe, podskakiwanie, kręcenie się w kółko – czynności, które dziecko często powtarza</i>	
<i>Układanie w rzędkę</i>	
<i>Przywiązanie do znanego porządku otoczenia (trasy, ułożenia przedmiotów, itp.)</i>	
<i>Niechęć do nagłych zmian, niespodzianek</i>	
<i>Zachowania kompulsywne (powtarzające się, natrętne czynności, które dziecko musi wykonać, np. lęk przed brudem, zmoczeniem ubrania, konieczność określonego układu przedmiotów w otoczeniu, itp.)</i>	
<b>Emocje</b>	
<i>Dominujący nastrój dziecka (np. pogodny, obojętny, płacziwy, rozdrażniony, itp.)</i>	
<i>Adekwatność emocji do sytuacji (np. śmieje się gdy ktoś płacze, jest smutne w pozytywnych okolicznościach, itp.)</i>	
<i>Przyczyny radości i sposoby jej wyrażania</i>	

<i>Nagłe napady złości, płaczu, krzyku</i>	
<i>Sytuacje lęku</i>	
<i>Przyczyny złości i sposoby jej wyrażania</i>	
<i>Poczucie humoru, rozumienie zabawnych sytuacji życia codziennego, dystans do siebie</i>	
<i>Czy dziecko jest z kimś szczególnie związane?</i>	
<i>Czy dziecko okazuje empatię, potrafi bez słów zrozumieć uczucia i myśli innych?</i>	
<b>Agresja i autoagresja</b>	
<i>Agresja (przyczyny, wobec kogo /czego jest kierowana)</i>	
<i>Zachowania autoagresywne (agresja skierowana na siebie)</i>	
<b>Zaburzenia sensoryczne</b>	
Wzrok:	
<i>- Interesuje się świecącymi przedmiotami</i>	
<i>- Lubi wszelkie koła, bąki, wprowadza przedmioty w ruch obrotowy (wszystkim kręci)</i>	
<i>- Ruchy rąk lub przedmiotów w polu widzenia (przyglądanie się swoim dłoniom, mrużenie oczu, przybliżanie, kręcenie, oddalanie przedmiotów)</i>	
<i>Lubi rzucać przedmioty i obserwować ich ruch</i>	
Układ przedsionkowy:	
<i>- Kołysze się w przód w tył i na boki</i>	
<i>- boi się zabaw takich jak: bujanie, kręcenie na karuzeli</i>	
<i>- jest niezdarne, często wpada na przedmioty, potyka się „o własne nogi”</i>	
<i>- Inne</i>	
Słuch:	



- Boi/unika się dźwięków: suszarki, pralki, piły, miksera, szum wody, maszynka	
- Lubi głośne, dźwięki, krzyk bez widocznej przyczyny, mówi głośno	
Ma trudności ze skupieniem uwagi gdy w tle słychać dźwięki	
- Inne	
<b>Dotyk:</b>	
-Dziecko unika dotyku innych osób, ma problemy z chodzeniem do fryzjera, myciem , czesaniem głowy	
- Nie lubi dotykania różnych faktur( np. szorstka, gumowa, nie znosi metek.)	
- Nie lubi/lubi mocnego docisku	
- nie reaguje na ból fizyczny	
- zachowania autostymulacyjne: uderzanie się w głowę, drapanie się, szczypanie	
<b>Smak:</b>	
- Nie je płynnych pokarmów np. zup	
- często wkłada ręce i przedmioty do buzi	
- Wybiórczość na smaki	
- Próbuje zjeść wszystko, nawet rzeczy nie do jedzenia	
<b>Węch:</b>	
- Ucieka przed zapachami innych ludzi	
- Nie jest w stanie znieść zapachów potraw	
- Obwąchuje, ślini przedmioty	
<b>Inne informacje; uwagi:</b>	



## OŚWIADCZENIA PACJENTA O UPOWAŻNIENIU/ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO UZYSKANIA INFORMACJI/DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/podpisana .....

zamieszkała/zamieszkały w ....., przy ul. ....,

posiadająca/ posiadający numer PESEL .....

i legitymująca/legitymujący się dowodem osobistym numer .....

Dane dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej .....

zamieszkała/zamieszkały w ..... przy ul. ....,

posiadająca/ posiadający numer PESEL .....

i legitymująca/legitymujący się dowodem osobistym numer .....

- 1) nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji dotyczących mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem ustawowym opiekunem, o stanie zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w Poradni KTA Oddział w Kielcach.
- 2) nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej, dotyczącej świadczeń zdrowotnych udzielonych w Poradni KTA Oddział w Kielcach dotyczących mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem ustawowym opiekunem, o stanie zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w Poradni KTA Oddział w Kielcach.

Upoważniam niniejszym

Pana/Panią ..... Nr tel.: .....

Nr PESEL/data urodzenia .....

- 1) Do otrzymywania informacji, dokumentacji medycznej, o stanie zdrowia mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem ustawowym opiekunem, o stanie zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w Poradni KTA Oddział w Kielcach.
- 2) Do umawiania/ modyfikacji/odwoływania wizyt w tym do pozyskiwania informacji o planowanych i zrealizowanych wizytach mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem ustawowym opiekunem.

Upoważniam Poradnię KTA Oddział w Kielcach, ul. Mieszka I 79, 25-624 Kielce do przetwarzania i archiwizowania danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizowania świadczeń medycznych.

Oświadczam, iż jestem prawnym opiekunem dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej ..... i nie jestem pozbawiony, ani nie mam ograniczonej władzy rodzicielskiej.

.....  
Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawne