|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Wywiad wstępny*** | | | |
| *W dniu diagnozy proszę dostarczyć do lekarza min.: ksero posiadanych opinii, wyniki badań lekarskich* | | | |
| ***Skąd Pan/Pani dowiedział/a się o naszej Poradni?*** | |  | |
| ***Dane pacjenta*** | | | |
| *Imię i nazwisko:* | |  | |
| *Data urodzenia:* | |  | |
| *Wiek:* | |  | |
| *PESEL:* | |  | |
| *Adres zamieszkania :*  *(Kod pocztowy, gmina, ulica, nr domu )* | |  | |
| *Telefon*  *e-mail* | |  | |
| *Diagnoza na NFZ / prywatna* | |  | |
| **Dane dotyczące rodziny** | | | |
| *Matka (rok ur., wykształcenie, zawód, miejsce pracy)* | |  | |
| *Ojciec (rok ur., wykształcenie, zawód, miejsce pracy)* | |  | |
| *Rodzeństwo (rok ur.)* | |  | |
| *Inne osoby w domu* | |  | |
| *Stan rodziny w dzieciństwie* | |  | |
| *Stan rodziny aktualnie* | |  | |
| *Stan zdrowia rodziców* | |  | |
| *Obciążenia rodzinne (neurologiczne, psychiatryczne, upośledzenia, całościowe zaburzenia rozwoju, uzależnienia, inne)* | |  | |
| *Wykształcenie* | |  | |
| *Status zawodowy i przebieg pracy* | |  | |
| ***Stan zdrowia*** | | | |
| *Orzeczenie o niepełnosprawności (symbol, do kiedy)* | | | |
| *Diagnoza całościowych zaburzeń rozwoju (lekarz, rok)* | |  | |
| *Przebyte i aktualne choroby* | |  | |
| *Pobyty w szpitalu* | |  | |
| *Przyjmowane leki (neurologiczne, psychiatryczne)* | | | |
| *Leki przyjmowane wcześniej* | |  | |
| *Leki przyjmowane obecnie* | |  | |
| *Badania* | | | |
| *psychiatryczne* | |  | |
| *psychologiczne (orzeczenia i opinie)* | |  | |
| *neurologiczne* | |  | |
| *genetyczne* | |  | |
| *metaboliczne* | |  | |
| *Opieka poradni specjalistycznych* | |  | |
| Powody i okoliczności zgłoszenia/doświadczane trudności  (prosimy o szczegółowy opis) | | | |
| ***Rozwój we wczesnym dzieciństwie***  *W tej części prosimy o szczegółowy opis funkcjonowania Pani/Pana w okresie dzieciństwa na podstawie wspomnień i/lub posiadanych informacji* | | | |
| *Stan zdrowia matki w czasie ciąży* |  | | |
| *Przebieg porodu (siłami natury, CC, w którym tygodniu ciąży), powikłania i urazy (nieprawidłowe położenie dziecka, zbyt duże wymiary dziecka, przodujące)*  *łożysko, owinięcie pępowiną, niedotlenienie)* |  | | |
| *Waga* |  | | |
| *Długość* |  | | |
| *Skala Apgar* |  | | |
| *Choroby i wady wrodzone* |  | | |
| *Siadanie (kiedy)* |  | | |
| *Raczkowanie (kiedy)* |  | | |
| *Stanie (kiedy)* |  | | |
| *Chodzenie (samodzielne, kiedy)* |  | | |
| *Czy pacjent przejawiał do 7 r.ż. cechy nadpobudliwości ruchowej lub inne zaburzenia neurorozwojowe?* |  | | |
| ***Rozwój mowy i komunikacji w dzieciństwie*** | | | |
| *Początek mowy i jej przebieg (ewentualne trudności): opóźniony rozwój mowy, echolalie, regres rozwoju mowy, wady wymowy, opieka logopedyczna i inne* | |  | |
| ***Ekspresja i rozumienie komunikacji niewerbalnej*** *(utrzymywanie kontaktu wzrokowego, używanie gestykulacji podczas rozmowy, wskazywanie palcem we wczesnym dzieciństwie, rozumienie mimiki twarzy innych osób itp.)* | |  | |
| ***Zabawa w dzieciństwie*** | | | |
| *Zabawy z rodzicami czy samemu?* | |  | |
| *Zabawy z rówieśnikami czy dorosłymi?* | |  | |
| ***Preferowany formy zabawy w dzieciństwie***  *Czym i jak lubił się Pan/Pani bawić jako dziecko (3-7 r.ż), czy występowały zabawy tematyczne (odgrywanie historii, udawanie postaci), czy miał Pan/Pani szczególne zainteresowania , w jaki sposób były realizowane, jak dużo czasu zajmowały, czy działo się to kosztem obowiązków, nauki?* | |  | |
| ***Oglądanie telewizji, korzystanie z gier komputerowych, czytanie książek*** *(tematyka, ilość spędzanego czasu)* | |  | |
| *Preferowane zabawy sportowe, grupowe, ruch na świeżym powietrzu, aktywność fizyczna* | |  | |
| ***Kontakt z rówieśnikami*** | | | |
| *Jak wspomina Pan/Pani swoje relacje z rówieśnikami w dzieciństwie? (np. posiadanie przyjaciół, wspólne aktywności, czy wolał(a) Pan/Pani spędzać czas samemu, z jedną osobą czy w większej grupie itp.)* | |  | |
| *Jak wspomina Pan/Pani swoje relacje z rówieśnikami w wieku nastoletnim? (np. posiadanie przyjaciół, wspólne aktywności, czy wolał(a) Pan/Pani spędzać czas samemu, z jedną osobą czy w większej grupie itp.)* | |  | |
| *Czy występowały u Pana/Pani trudności w nawiązywaniu i/lub podtrzymywaniu relacji z innymi? Jeśli tak – jakie?* | |  | |
| *Czy posiada Pan/Pani informacje od nauczycieli, wychowawców i rodziców dotyczące Pana/Pani funkcjonowania w grupie? Jeśli tak – proszę opisać* | |  | |
| ***Schematyczność, stereotypowość zachowania w dzieciństwie*** | | | |
| *Manieryzmy ruchowe: podskakiwanie, kręcenie się w kółko, machanie rękami itp.*  *– czynności często powtarzane,*  *- układanie w rządki,*  *- przywiązanie do znanego porządku otoczenia (trasy, ułożenia przedmiotów, itp.),*  *- niechęć do nagłych zmian, niespodzianek,*  *- zachowania kompulsywne (powtarzające się, natrętne czynności, np. lęk przed brudem, zmoczeniem ubrania, konieczność określonego układu przedmiotów w otoczeniu, itp.)* | |  | |
| ***Trudności emocjonalne w dzieciństwie*** | | | |
| *Czy często występowały u Pana/Pani nagłe wybuchy złości, nadmierne reakcje lękowe w różnych sytuacjach (fobie)?* | |
| *Czy często zdarzały się Panu/Pani okresy obniżonego lub zmiennego nastroju?* | |  | |
| *Czy często zdarzały się Panu/Pani trudności z koncentracją i skupieniem uwagi?* | |
| *Czy często zdarzały się Panu/Pani zachowania impulsywne, agresywne, autoagresja?* | |  | |
| ***Zaburzenia sensoryczne w dzieciństwie*** | | | |
| *Nadwrażliwość dotykowa (np. drażniące metki, niechęć do czesania itp.)* | |  | |
| *Nadwrażliwość dźwiękowa (nadmierna czułość na hałas i dźwięki, zatykanie uszu itp.)* | |  | |
| *Nadwrażliwość węchowa* | |  | |
| *Niezgrabność ruchowa (trudności z jazdą na rowerze, graniem w piłkę, bieganiem, pisaniem)* | |  | |
| *Brak wrażliwości/ nadmierna wrażliwość na ból* | |  | |
| *Wybiórczość żywieniowa (ograniczony zestaw spożywanych pokarmów)* | |  | |
| ***Aktualne funkcjonowanie (okres młodości i dorosłości)*** | | | |
| ***Mowa i komunikacja***  *Prosimy opisać doświadczane trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji interpersonalnych (uczestniczenie w swobodnej rozmowie towarzyskiej, preferowane dominujące tematy rozmów, z kim aktualnie najchętniej i najczęściej utrzymuje Pan/Pani kontakty/ rozumienie i używanie humoru, żartów, sarkazmu)* | | |  |
| ***Niewerbalny kontakt z ludźmi***  *Prosimy szczegółowo opisać doświadczane trudności w niewerbalnym komunikowaniu się z innymi(rozumienie mowy ciała, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, zwracanie uwagi na mimikę twarzy innych osób, rozumienie gestów)* | | |  |
| ***Szczególne zainteresowania i formy spędzania czasu***  *Proszę opisać ulubione formy spędzania czasu wolnego, szczególne zainteresowania (silna potrzeba dokładnego zgłębienia zagadnienia, ilość poświęcanego czasu, uczestnictwo w grupach zainteresowań, zaniedbywanie innych obowiązków i zajęć z powodu zainteresowań)* | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Schematyczność w funkcjonowaniu***  *Prosimy opisać stałe, rutynowe czynności dnia codziennego, przyzwyczajenia z których trudno zrezygnować, przymusowe czynności, natrętne myśli, „dziwactwa” w zachowaniu (np. stała, jedna droga do pracy, stałe godziny posiłków, układanie rzeczy według schematu, niechęć do zmian, potrzeba stałości otoczenia itp.)* |  |
|  |  |
| ***Sfera emocjonalna***  ***Prosimy opisać:***  *- doświadczane trudności w regulowaniu emocji,*  *- dominujący nastrój,*  *- podatność na stres, sytuacje lękowe,*  *- okresy obniżenia lub podwyższenia nastroju,*  *- zależność nastroju od pory dnia, pogody,*  *- stany depresyjne,*  *- trudności ze snem,*  *- ewentualne zachowania agresywne i autoagresywne* ***(****np. próby samobójcze )* |  |
| ***Sfera trudności sensorycznych***  *Prosimy opisać czy występują:*   * *Niezborność ruchowa(poczucie niezgrabności)* * *Zaburzenia równowagi* * *Trudności ze skupieniem uwagi* * *Problemy z prowadzeniem auta, choroba lokomocyjna, unikanie jazdy windą, unikanie lotów samolotem* * *Obniżona aktywność ruchowa lub nadruchliwość* * *Unikanie tłocznych miejsc* * *Nadwrażliwość na zapach, dźwięk, światło, smak, gryzące ubrania* * *Obniżony lub podwyższony prób bólu* * *Poczucie prze stymulowania* * *Trudności w sferze seksualnej, zaburzenia o obszarze kontaktu fizycznego* |  |

**OŚWIADCZENIA PACJENTA O UPOWAŻNIENIU/ODMOWIE UPOWAŻNINIA 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 ……………………

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

1. Nie upoważniam nikogo
2. Upoważniam niniejszym

Pana/Panią………………………………………………………………………….…Nr tel: …………………………………………

Nr PESEL/data urodzenia………………………………………………………………………………………………………………..

1. Do otrzymywania informacji, dokumentacji medycznej, 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

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.

…………………………………………………………….

Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego