**KWESTIONARIUSZ PSYCHOLOGICZNY DLA RODZICA UBIEGAJĄCEGO SIĘ   
O WYDANIE ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO ORAZ OPINII O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DLA DZIECKA Z AUTYZMEM/ZESPOŁEM ASPERGERA**

Nazwisko i imię dziecka: ………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia dziecka: ……………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RODZINA | IMIĘ | NAZWISKO | WIEK | WYKONYWANY ZAWÓD/ETAP EDUKACJI |
| matka |  |  |  |  |
| ojciec |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Rodzina (podkreśl właściwe określenie):* pełna, niepełna, zrekonstruowana

*Obciążenia rodzinne:* tak\*/nie

\*(podkreśl występujące): zaburzenia psychiczne, padaczka, niepełnosprawność intelektualna, uzależnienia, opóźnienie rozwoju mowy, autyzm, zespół Aspergera, inne niewymienione

**ROZWÓJ DZIECKA**

*Ciąża (która):*…………………… *Dziecko (które z kolei):*……………………..

*Poród (który tydzień ciąży):* ………; *siłami natury, cięcie cesarskie, inne* (podkreśl właściwe)

*Waga:*………….. *Wzrost:*………………. *Punkty Apgar:*……………….

*Objawy zamartwicy lub niedotlenienia* (podkreśl właściwe): tak / nie

*Żółtaczka (podkreśl właściwe):* tak / nie

**Stan zdrowia dziecka**

*Aktualny stan zdrowia dziecka:* …………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

*Choroby wieku dziecięcego* (wypisz jakie): …………………………………………………….

*Ataki drgawkowe, omdlenia* (podkreśl właściwe): tak / nie

*Wypadki/operacje* (podkreśl właściwe): tak / nie

*Urazy czaszki, wstrząs mózgu* (podkreśl właściwe): tak / nie

*Czy dziecko jest obecnie leczone farmakologicznie?* ……………………………………………

*Czy było wykonane badanie wzroku/ słuchu/ EEG?* ……………………………………………..

*Czy dziecko ma alergie, jest na coś uczulone?* ………………….………………………………

**Rozwój ruchowy**

*siedzenie* (wiek):…………… *raczkowanie* (wiek):………… *chodzenie* (wiek):………….

*napięcie mięśniowe* (podkreśl właściwe): prawidłowe, wzmożone, obniżone

*rehabilitacja (czas trwania, metoda):* ……..………………………………………………….

*diagnoza SI* (podkreśl właściwe): tak / nie

*Czy dziecko wykazuje nadwrażliwość na jakieś bodźce, unika ich* *(np. zatyka uszy przy szumie, hałasie, nie chce nosić pewnych ubrań, nie lubi huśtawek, itp.)?*

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

*Czy dziecko poszukuje jakiejś stymulacji we wzmożony sposób, stara się dostarczyć sobie określonego rodzaju bodźców (np. kręci się w kółko, generuje hałas, wciska się między meble, zapatruje się na efekty świetlne, itp.)?*

……….…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

*Aktualna sprawność ruchowa:* ………………………………………………………………….

**Żywienie**

*Karmienie* (podkreśl właściwe): piersią: tak (jak długo?) …….. / nie

*Apetyt:* …………………………………………………………………

*Czy dziecko wykazuje wybiórczość jedzenia (np. unika pewnych potraw, konsystencji posiłków, domaga się wciąż tych produktów)?*

…………………………………………………………………..………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

*Dieta:* …………………………………………………………………......................................

*Czy je samodzielnie?* (podkreśl właściwe): tak / nie

**Sen**

*(o której godzinie zasypia? o której się budzi? problemy z zasypianiem/wstawaniem? sen spokojny/przerywany? drzemki w ciągu dnia?)*

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

**Rozwój mowy i komunikacji**

*Pierwsze słowa (wiek):* ……………………………………………………………………….

*Naśladowanie odgłosów zwierząt, pojazdów* (podkreśl właściwe): tak / nie

*Pierwsze zdania - dwu, trzywyrazowe (wiek):* ………………………………………………..

*Echolalia:* tak / nie

*Aktualny rozwój mowy czynnej (np.: niechętnie się wypowiada, mówi pełnymi zdaniami, przekształca wyrazy, mówi w swoim języku, itp.):*

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

*Czy w przypadku dziecka stosowana jest jakaś metoda komunikacji alternatywnej?* tak / nie

*Czy dziecko nawiązuje kontakt wzrokowy?* ……………………………………………………

*Gest wskazywania* (podkreśl te, które pojawiają się u dziecka):

żądający (np.: pokazuje, że chce konkretny przedmiot)

informujący (np.: pokazuje, że leci samolot)

na polecenie (np.: pokazuje na naszą prośbę misia w książeczce)

nie występuje

*Wyuczone gesty* (podkreśl właściwe): pa-pa / piątka / żółwik

*Naśladowanie min, gestów:* tak / nie

*Komunikowanie własnych potrzeb* (w jaki sposób?)……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

*Wskazywanie części ciała* (na sobie/na zabawce): tak / nie

*Stopień samodzielności w zakresie czynności samoobsługowych (jedzenie, ubieranie, mycie, toaleta, utrzymywanie porządku):*

……………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………………….

**Zabawa**

*Ulubione zabawki, zabawa, zajęcia, aktywność ruchowa:*

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

*Czy dziecko bawi się samodzielnie, czy raczej jest absorbujące i ma trudność ze zorganizowaniem sobie zabawy?* ……………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

*Jak długo skupia się na jednej zabawie?* ……………………………………………………….

**Rozwój emocjonalno-społeczny**

*Nawiązywanie i przebieg kontaktów z rówieśnikami oraz osobami dorosłymi:*

………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………………….

*Dominujący nastrój dziecka:*……………………………………………………………………

*Czy rozpoznaje emocje i je nazywa (np.: smutny, wesoły, przestraszony)?:* tak / nie

*Jak radzi sobie z emocjami?*

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* *W jakich sytuacjach okazuje radość, w jaki sposób, czy śmieje się na głos?*

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* *W jakich sytuacjach i w jaki sposób okazuje złość?*

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

* *W jakich sytuacjach i w jaki sposób okazuje smutek?*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* *W jakich sytuacjach i w jaki sposób okazuje strach?*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* *W jaki sposób dziecko się wycisza? Co je uspokaja?*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Jak radzi sobie ze zmianą? Jak reaguje na nowe osoby, nieznane miejsca, nieprzewidziane sytuacje?* …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

*Czy występują zachowania agresywne/autoagresywne?* ……………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

*Czy pojawiają się pewne stereotypowe, powtarzalne zachowania?* …………………………..

………………………………………………………………………………………………....

*W jaki sposób można zachęcić dziecko do współpracy, co stanowi dla niego nagrodę?*

…………………………………………………………………………………………………

*Mocne strony dziecka (co pozytywnie wyróżnia dziecko?):* …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

*Największe trudności, ograniczenia dziecka:* …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Edukacja**

*Czy dziecko chodziło do żłobka?* tak / nie

*Aktualna placówka do której uczęszcza dziecko (jak dziecko się w niej czuje, czy lubi tam chodzić?):* …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

*Dodatkowe zajęcia, w których uczestniczy dziecko:* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Czy przeprowadzono następujące diagnozy? (podkreśl właściwe)*

Diagnoza psychologiczna tak / nie

Diagnoza pedagogiczna tak / nie

Diagnoza logopedyczna tak / nie

Diagnoza SI tak / nie

Diagnoza lekarska tak / nie

Opinia ze żłobka/przedszkola tak / nie

Posiadane opinie specjalistów z przeprowadzonych terapii np.: logopedycznej, pedagogicznej, psychologicznej, SI i innych: …………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………… ……………………………………

(data) (podpis rodzica)

Druk do stosowania wewnętrznego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 20 w Warszawie