

## Ankieta „Rzówj dziecka w kontekście jego rodziny“

Poniższa ankieta powinna pomóc w zobrazowaniu i zrozumieniu związków pomiędzy zachowaniem dziecka, a zmianami zachodzącymi w jego rodzinie i najbliższym środowisku.

**Nazwisko i imię dziecka:**

**Data urodzenia:**

**Rzówj dziecka (chronologicznie):**

**Informacje od:**

**Data:**

Rok /Wiek	Czynniki zewnętrzne /otoczenie (np. początek przedszkola, szkoły, narodziny rodzeństwa, zmiany, które nastąpiły u rodziców, rzówd rodziców, adopcja, przeprowadzki, zmiana pracy przez rodziców)	Zachowanie/Reakcje/ Choroby
Narodziny		

**Przebieg rozwoju dziecka** Poniższa ankieta powinna pomóc w zidentyfikowaniu czynników ryzyka w rozwoju indywidualnym dziecka.

---

**Ciąża**

Przebieg ciąży \_\_\_\_\_ Komplikacje podczas ciąży \_\_\_\_\_  
Częste wymioty \_\_\_\_\_  
Leczenie \_\_\_\_\_ Obrzęki \_\_\_\_\_  
Choroby \_\_\_\_\_ Obecność białka i cukru w moczu \_\_\_\_\_  
Wypadki \_\_\_\_\_ Wysokie ciśnienie \_\_\_\_\_  
Prowadzący lekarz \_\_\_\_\_

**Poród**

W szpitalu/ w domu \_\_\_\_\_ Pierwszy krzyk \_\_\_\_\_  
Przed/ po terminie \_\_\_\_\_ (ile tygodni?) \_\_\_\_\_  
Duszność lub bezdech przed lub po porodzie \_\_\_\_\_  
Czas trwania \_\_\_\_\_  
Waga \_\_\_\_\_ Wzrost \_\_\_\_\_ Reanimacja \_\_\_\_\_  
Położna \_\_\_\_\_ Żółtaczka noworodkowa \_\_\_\_\_  
Konflikt grupy krwi \_\_\_\_\_

**Okres niemowlęcy (1. rok życia)**

Karmienie piersią \_\_\_\_\_  
Trawienie \_\_\_\_\_ Siedzenie \_\_\_\_\_  
Zaburzenia jedzenia w 1 -ym roku życia \_\_\_\_\_ Stanie \_\_\_\_\_  
Chodzenie \_\_\_\_\_  
Sen \_\_\_\_\_ Nieprawidłowości \_\_\_\_\_  
Czuwanie \_\_\_\_\_

**Choroby w 1-ym roku życia**

---

**Okres wczesno-dziecięcy (2.- 5. rok życia)**

W jakim wieku?:

Pierwsze słowa \_\_\_\_\_ Faza sprzeciwu \_\_\_\_\_  
Pierwsze zdania \_\_\_\_\_ Zachowanie podczas zabawy \_\_\_\_\_  
Trzymanie moczu (podczas dnia) \_\_\_\_\_  
Trzymanie moczu (w nocy) \_\_\_\_\_  
Trzymanie kału (dzień) \_\_\_\_\_ Sen \_\_\_\_\_  
Trzymanie kału (noc) \_\_\_\_\_ Jedzenie/Picie \_\_\_\_\_

## Przedszkole/ Wiek szkolny

Przedszkole \_\_\_\_\_ Początek szkoły \_\_\_\_\_

Powtórzenie klasy (której?) \_\_\_\_\_ Świetlica/ póżintemat \_\_\_\_\_

## Okres dojrzewania

1. miesi3czka \_\_\_\_\_

Mutacja \_\_\_\_\_

NieprawidlowoŃci \_\_\_\_\_

## Czas wolny / hobby

Czy Państwa dziecko regularnie uprawia sport (klub, AG) ? Tak  Nie  Jaki? \_\_\_\_\_

Czy dziecko regularnie spotyka si3 z innymi dziećmi, Źeby si3 bawić? Tak  Nie  Gdzie? \_\_\_\_\_

Jak często Państwa dziecko gra na gameboyu ? W ogóle nie  tylko czasami  raz na tydzień  codziennie

Jak często Państwa dziecko gra na komputerze albo na konsoli (Playstation, Nintendo, X -Box)? W ogóle nie  tylko czasami  raz na tydzień  codziennie

JeŃli Państwa dziecko gra w gry komputerowe, to ile czasu na to poświęca? Mniej niŹ 30 min.  30 min. do 1 godz.   
Od 1 godz. do 2 godz.  Wi3cej niŹ 2 godz.

Czy znają Państwo gry, w które gra ono na komputerze albo na konsoli? Kilka  Mniej niŹ połow3   
Wi3cej niŹ połow3  Wszystkie

Kiedy i jak często Państwa dziecko ogląda telewizj3? \_\_\_\_\_

Czy dziecko ma dost3p do internetu ? Tak  Nie  Tylko ograniczony/ kontrolowany

Czy dziecko ma swój własny pokój ? Tak  Nie

Jakie urządzzenia ma w swoim pokoju Państwa dziecko? Wi3c3 stereo  mp3 Player  Telewizor  Komputer

Czy Państwa dziecko czyta ? Tak  Nie  Komiksy  Czasopisma  KsiąŹki

Inne zainteresowania i hobby Państwa dziecka : Jak3? \_\_\_\_\_

## Choroby

(np. odra, róŹyczka, ospa wietrzna, krzt uciec, porażenie dzieci3ce, Ńwinka, szkarlatyna, zapalenie migdałów, drgawki, skurcze, ogóln3 podatnoŃci, inne )

Wypadki:

Operacje:

Pobyty w szpitalu/ sanatorium:

Leki: