



Imię i nazwisko pacjenta... ..

ANKIETA PORADNI DIAGNOZOWANIA I LECZENIA DZIECI Z AUTYZMEM

I. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko dziecka: Data urodzenia:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Mieszkam z:

DIAGNOZA (jeśli była)

Data i miejsce uzyskania diagnozy:

Choroby współistniejące:

II. WYWIAD - Etapy rozwoju

1) CIAŻA

Przebieg ciąży: prawidłowy/ nieprawidłowy

Choroby matki w ciąży:

Leki przyjmowane przez matkę w ciąży:

Poród: naturalny/ cięcie cesarskie w tyg.

Apgar:

Waga urodzeniowa dziecka:

Powikłania okołoporodowe:

2) ROZWÓJ W OKRESIE NOWORODKOWYM (1 m.ż.)

kolki:

sen:

karmienie: naturalne/sztuczne



Imię i nazwisko pacjenta... ..

3) ROZWÓJ W NIEMOWLĘCTWIE

Kroki milowe w jakim wieku?

- siadanie?
- chodzenie?
- gaworzenie

Atopowe zapalenie skóry (skaza białkowa): TAK/NIE

Dieta: TAK/NIE

Kontakt wzrokowy: TAK/NIE

Zabawy "na niby": BYŁY/NIE BYŁY

Szczepienia (nazwa z książeczki zdrowia):

Powikłania poszczepienne:

4) ROZWÓJ w 1-3 r. ż.

Mowa jaka?

Spastyczność/wiotkość (chodzenie na palcach)?

Rehabilitacja: NIE/TAK

Kontrola czynności fizjologicznych od kiedy?

Atopowe zapalenie skóry (skaza białkowa): TAK/NIE

Dieta: TAK/NIE

Alergia: TAK/NIE

Częstość infekcji:

Inne choroby przebyte:

Główny opiekun:

5) OKRES PRZEDSZKOLNY:

Mowa (poziom rozwoju):

Hiper/Hipo aktywność:



Imię i nazwisko pacjenta... ..

Nawiązanie kontaktów społecznych:

Zachowanie autoagresywne/ agresywne

Co niepokoiło:

Zaburzenia sensoryczne stereotypie/ rytuały

Dieta:

Apetyt:

Ulubione potrawy:

Częstotliwość infekcji:

Ilość antybiotyków:

Padaczka:

Inne choroby:

Suplementacja/leki:

Kał wygląd: prawidłowy/nieprawidłowy

Gazy jelitowe: TAK/NIE

Zaparcia: TAK/NIE

Biegunki: TAK/NIE

Badania wykonywane: neurolog, gastrolog, alergolog, genetyk?

WWR (Wczesne Wspomaganie Rozwoju): TAK/NIE

Inne terapie w wieku przedszkolnym:

6) OKRES SZKOLNY:

Odroczony obowiązek szkolny: TAK/NIE

Orzeczenie o kształceniu specjalnym: TAK/NIE

Poziom inteligencji:

Rodzaj szkoły i klasy:

Asystent w szkole:

Odrabianie lekcji:



Imię i nazwisko pacjenta... ..

Dodatkowe zajęcia:

Funkcjonowanie w grupie rówieśniczej:

Skok rozwojowy (w wieku 6-7) nagła zmiana: TAK/NIE

Śpi z kim?

Sam zostaje z obcym: TAK/NIE

Lęki przed obcymi: TAK/NIE

Tolerancja na zmiany: TAK/NIE

7) OKRES DORASTANIA:

Skok wzrostowy w (kiedy)?

Etap dojrzewania:

Zmiany w emocjach i zachowaniu:

Regres poznawczy: TAK/NIE

Seksualność - uświadomienie TAK/NIE

Ochrona przed wykorzystaniem Uczony/ Nieuczony

Zainteresowanie płcią przeciwną TAK/NIE

Niekorzystne zachowanie:

Nękanie przez rówieśników:

Edukacja - Rodzaj szkoły:

Poziom inteligencji:

Program nauczania:

8) STAN OBECNY:

Kontakt werbalny, mowa?

Jeśli bezśłowny: posługiwanie się obrazkami/ gesty/ pokazywanie/

Samoobsługa:

- ubieranie się:



Imię i nazwisko pacjenta... ..

- zjedzenie posiłku:
- toaleta:
- sen:

III. ZACHOWANIA ZABURZAJĄCE FUNKCJONOWANIE:

- rytuały:
- stereotypie:
- natręctwa:
- agresja/ autoagresja
- inne:

IV. ZAINTERESOWANIA:

Mocne strony (talenty):

Sytuacje kryzysogenne:

Zaburzenia sensoryczne:

Umiejętności radzenia sobie emocjami i nagłymi zachowaniami przez dziecko i rodzinę

V. STAN SOMATYCZNY:

przewód pokarmowy grzybica: TAK/NIE

Alergie:

Częstość infekcji: mała/duża

Wady postawy:

Napięcie mięśni: wiotki/spastyczny

Motoryka mała: np. chwyt, zapinanie guzików, kopanie piłki



Imię i nazwisko pacjenta... ..

VI. OPIEKA LEKARSKA OBECNIE:

- neurolog
- psychiatra
- alergolog
- gastrolog

Przyjmowane leki/ suplementy:

VII. ODŻYWIANIE

Ulubione potrawy:

Dieta:

VIII. RODZINA:

Sytuacja rodzinna:

Kto głównie opiekuje się:

Poziom stresu rodzinnego: