



Elektrostymulacja w logopedii

KWESTIONARIUSZ WYWIADU Z RODZICAMI

Część I
wypełnia
RODZIC/OPIEKUN
Data:...../...../.....

DANE PODSTAWOWE

Imię i nazwisko dziecka:

.....
.....

Data urodzenia:

Wiek:

.....

Rodzeństwo:.....

Telefon:Mail:

Cel wizyty:

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

PRZEBIEG CIĄŻY

☐ prawidłowy

☐ nieprawidłowy

Choroby matki: różyczka / toksoplazmoza / cytomegalia / infekcje / grypa /
zatrucie ciążowe / cukrzyca / nadczynność tarczycy / krwawienia / ciąża
wysokiego ryzyka (powód) / używki

Inne:.....

.....

Stosowane leki (w czasie ciąży):

.....

.

PRZEBIEG PORODU

☐ siłami natury

☐ cesarskie cięcie

- ☐ w znieczuleniu
☐ czas
porodu:.....

☐ tak

☐ nie

Rozszczep podniebienia, wargi:

☐ tak

☐ nie

Wykryty zespół genetyczny:

☐ tak: jaki?

☐ nie

Drgawki:

☐ tak

☐ nie

Leki, antybiotyki:

☐ tak: jakie?

☐ nie

Inne problemy podczas porodu/okresu noworodkowego:

.....

KARMIENIE

☐ Piersią:

• tak: od do

• nie: dlaczego?

Jakie były początki karmienia? (np. bez trudności; trudności: prężenia, ulewania, nieszczelność, klikanie, itd.):

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

☐ Mieszane: od do

☐ Butelką: od do

☐ Łyżeczką: od

☐ Pokarmy stałe: od

☐ Picie z:

- kubka otwartego
- kubka niekapka
- przez słomkę.....

Karmienie alternatywne:

☐ tak: rodzaj karmienia? czas trwania: od.....do.....

☐ nie.....

Trudności pokarmowe wieku niemowlęcego (kolki, zaparcia, ulewania, itp.):

.....

Wybiórczość pokarmowa

np.....

Odgryzanie:

☐ przodem

☐ bokiem

☐ odrywanie/ciągnięcie pokarmu

Gryzienie twardych pokarmów

☐ chętnie

☐ niechętnie

ODDYCHANIE:

Podczas snu dziecko:

☐ ma zamkniętą buzię

☐ ma otwartą buzię

☐ chrapie

☐ ślini się

☐ ma bezdech

Tor oddechowy spoczynkowy (dziecko nie mówi, nie je, np. ogląda bajkę, czyta książkę):

- ☐ prawidłowy (buzia zamknięta)
- ☐ nieprawidłowy (buzia otwarta/ślini się)

Wędzidełka (językowe, wargowe, policzkowe):

- ☐ nieoceniane
- ☐ oceniane: gdzie? kiedy?

.....

 ..

Zabieg korekty wędzidełka :

- ☐ nie
- ☐ tak: gdzie? kiedy?

.....

 ...

Smoczek

:

- ☐ nie
- ☐ tak: jaki?.....Czas stosowania: od do

W jakich sytuacjach stosowany był smoczek?.....

Ssanie kciuka:

- ☐ nie
- ☐ tak: od do

STAN ZDROWIA:

Choroby przewlekłe:

.....

Alergie (w tym pokarmowe):.....

Urazy głowy:

Wady zgryzu (leczenie
ortodontyczne):.....

Wady postawy:
.....

Częste stany zapalne:

- ☐ górnych dróg
oddechowych:.....
- ☐ uszu:.....
- .

Badanie słuchu (kiedy?) : **Wynik:**.....
.....

Sen:
.....

Zgrzytanie zębami:

- ☐ nie
- ☐ tak: w jakich
sytuacjach?.....
-
- .

Nadmierne ślinienie:

- ☐ nie
- ☐ tak: w jakich
sytuacjach?.....
-
- .

**KONSULTACJE
SPECJALISTYCZNE:**

- ☐ Neurolog
- ☐ Kardiolog
- ☐ Laryngolog
- ☐ Foniatra
- ☐ Audiolog

- Alergolog
- Fizjoterapeuta
- Psycholog
- Osteopata

Inne:

.....

.....