

WSTĘPNY KWESTIONARIUSZ DIAGNOSTYCZNY

I. Dane personalne Kandydata (dziecka):

imię i nazwisko			
PESEL		data urodzenia	

II. Zachowanie dziecka w codziennych sytuacjach: (proszę zaznaczyć wszystkie odpowiednie odpowiedzi)

1. Jedzenie:

- ☐ przyjmuje tylko półstałe pokarmy (posiłki muszą być zmiksowane),
- ☐ przyjmuje stałe pokarmy,
- ☐ pije z kubka,
- ☐ pije przez słomkę,
- ☐ je samodzielnie,
- ☐ je z pomocą,
- ☐ musi być karmione,
- ☐ posługuje się widelcem, łyżką.

2. Poruszanie się:

- ☐ pełza,
- ☐ raczkuje,
- ☐ przemieszcza się podtrzymywane,
- ☐ przemieszcza się samodzielnie,
- ☐ jest w stanie przejść samodzielnie 10 metrów,
- ☐ jest w stanie przejść samodzielnie 100 metrów.

3. Utrzymanie pozycji ciała:

- ☐ siada samodzielnie,
- ☐ nie siada samodzielnie,
- ☐ siedzi samodzielnie,
- ☐ siedzi z lekkim podparciem,
- ☐ nie siedzi samodzielnie, wymaga zaopatrzenia terapeutycznego,
- ☐ kontroluje trzymanie głowy,
- ☐ nie kontroluje trzymanie głowy.

4. Toaleta:

- ☐ myje ręce samodzielnie,
- ☐ myje ręce pod nadzorem i z pomocą,
- ☐ samodzielnie załatwia potrzeby fizjologiczne,
- ☐ korzysta ze środków ochrony osobistej,
- ☐ z niewielką pomocą załatwia swoje potrzeby fizjologiczne,
- ☐ sygnalizuje potrzeby - w jaki sposób?

Realizator Zadania:

- ☐ nie sygnalizuje swoich potrzeb w tym zakresie.

6. Komunikacja:

- ☐ nie wydaje żadnych dźwięków lub robi to w sposób niekontrolowany,
☐ świadomie wydaje nieartykułowane dźwięki,
☐ rozumie proste polecenia,
☐ porozumiewa się werbalnie za pomocą prostych komunikatów,
☐ porozumiewa się werbalnie używając zdań złożonych,
☐ nie porozumiewa się werbalnie,
☐ porozumiewa się za pomocą komunikacji alternatywnej - jakiej?
☐ rozumie rozbudowane polecenia.

7. Uspołecznienie:

- ☐ jakkolwiek reaguje na widok znanej osoby,
☐ podaje dłoń na pożegnanie,
☐ skupia uwagę dłużej niż przez 5 sekund,
☐ zwraca na siebie uwagę hałasując,
☐ oczekuje aprobaty za właściwe zachowanie,
☐ pomaga w wykonywaniu codziennych czynności.

III. Pytanie dodatkowe:

1. Co dziecko lubi robić i co robi gdy pozostaje samo?
.....
2. Czego wyraźnie nie lubi, czego się boi?
.....
4. Jakie sytuacje wywołują agresję lub autoagresję?
.....
5. Czy dziecko odróżnia osoby bliskie i obce?
.....
6. W jakiej pozycji lubi najbardziej przebywać?
.....
9. Czy są jakieś preferowane przez dziecko aktywności?
.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodziców/opiekunów

Realizator Zadania:

KOLOROWY
ŚWIAT FUNDACJA
POMOCY DZIECIOM

Fundacja Pomocy Dzieciom Kolorowy Świat

91 - 457 Łódź, ul. Żabia 10/12

tel./fax (+42) 640 67 05

www.kolorowyswiat.org; i.jachim-kubiak@kolorowyswiat.org