KARTA INFORMACYJNA

Imię i nazwisko dziecka ………………………………………………………………………

Data urodzenia i miejsce………………………………………………wiek…………………

Adres…………………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy……………………………………………………………………………

Data badania……………………………………………………………………………………

Powód skierowania na diagnozę SI…………………………………………………………….

Osoba badająca…………………………………………………………………………………

Przebieg ciąży: różyczka, grypa, infekcje wirusowe, zatrucia, opuchlizna kostek, wymioty, krwawienia (proszę podkreślić występujące objawy)

Przyjmowane lekarstwa…………………………………………………………………………

**Przebieg porodu:** (*prawidłowe zakreślić)*: poród naturalny, poród kleszczowy, cesarskie cięcie.

Czas porodu - ………godzin; Znieczulenie?..............; Czy dziecku podawano tlen?.................;

Czy dziecko szybko zapłakało?............; Czy miało jakieś problemy z oddychaniem?...............;

Jest dzieckiem urodzonym o czasie?............; Wcześniakiem urodzonym w …… tygodniu o wadze………

**Historia rozwoju:**

Karmione piersią/butelką, jak długo………; Podnosiło głowę w wieku……….; Zaczęło czworakować w wieku……..; Chodzić samodzielnie………; Mówić……..; Jeść pokarmy stałe………; Jeść samodzielnie………; Przestało korzystać z pieluch…………

Proszę zaznaczyć występujące trudności lub opóźnienia:

* Mowa……………………………………………………………………………………
* Słuch…………………………………………………………………………………….
* Wzrok……………………………………………………………………………………
* Koordynacja ruchowa rąk………………………………nóg……………………………
* Nie lubi przytulania………………………………………………………………………
* Nie lubi podrzucania, podskoków………………………………………………………..
* Domagało się dużej uwagi………………………………………………………………..
* Dużo płakało……………………………………………………………………………...
* Jest nieśmiałe, bojaźliwe…………w jakich sytuacjach?...................................................

…………………………………………………………………………………………….

**Historia snu:**

Spało dobrze………..; Było kapryśne………; Niespokojne………..; Łatwo się relaksowało i zasypiało………..;

Jako małe dziecko było bardzo aktywne…………..; mało aktywne………………………………..

**Historia zabawy:**

Bawiło się samo…………; Z innymi…………; Twórcze………….; Współpracujące………….

Proszę opisać krótko ulubione formy zabawy i zabawki:

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

**Czy Państwa dziecko ma poniższe trudności? Proszę zakreślić i ewentualnie skomentować na końcu:**

Lek przed wodą……………………, ludźmi……………………inne:……………………………..

Padaczkę, kiedy………………………………………………………………………………………

Chorobę lokomocyjną………………………………, zawroty głowy………………………………

Lubi zabawy charakterystyczne dla wesołego miasteczka (karuzele, kolejki) ……………………...

Trudności z ssaniem, żuciem lub przełykaniem……………………………………………………..

Infekcje uszu…………………………………………………………………………………………

Problemy wzrokowe……..nosi okulary……………………………………………………………..

Alergie………………………………………………………………………………………………..

Inne problemy zdrowotne……………………………………………………………………………

Przyjmuje lekarstwa………….., dlaczego?.........................................................................................

Czy Państwa dziecko lubi, czy nie lubi rywalizacji?...........................................................................

**Proszę opisać zdolności zapamiętywania**:………………………………………………………… …………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Umiejętności słuchania i wykonywania poleceń**: ………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………. ……………………………………………………

**Proszę *zakreślić* wszelkie trudności występujące obecnie, a *skreślić* te występujące w przeszłości:**

Wzrok, mowa, koordynacja rąk, koordynacja nóg, wrażliwość na dotyk, słuch, równowaga, postawa, trudności z aktywnościami na placu zabaw, w-f, gry zespołowe, problemy z czytaniem, problemy z pisaniem (estetyka), problemy z pisownią (ortografia).

Czy dziecko uczęszczało na terapię?......................jaką?.....................................................................

Jak długo?.............................................................................................................................................

Czy u dziecka stwierdzono zaburzenia napięcia mięśniowego?..........................................................

Czy dziecko uczęszczało na rehabilitację?..............kiedy?.................................Jak długo?................

Proszę wymienić mocne strony dziecka w aktywnościach ruchowych, szkolnych, zainteresowaniach, itp……………………………………………………………………………… .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..