|  |
| --- |
| 07R-1-00330-04-01Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”**Ośrodek Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży****Poradnia Psychiatryczna dla Dzieci i Młodzieży**04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20tel. 22 815 13 74; 000000018625- 92-561-1701NIP 952-11-43-675; Regon 00557961 |
|

Warszawa, dnia …..…/………/…….…..r.

**FORMULARZ DLA NOWEGO PACJENTA W WIEKU 2-5 LAT**

**DO WYPEŁNIENIA PRZEZ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko pacjenta:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  | r. | **Nr Kartoteki** |  |  |  |  |  |  | **/** |  |  |
| dzień |  | miesiąc |  | rok |
| **Rozpoznanie:** |  | **PESEL\*:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\*) w przypadku noworodka numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL- rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość wpisać poniżej:* |
| Rodzaj i numer dokumentu, na podstawie którego stwierdzono tożsamość: |  |
| 1. **Czy dziecko jest adoptowane:**  TAK  NIE
	1. Jeśli tak, kiedy i jakich okolicznościach:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* 1. Kto jest przedstawicielem ustawowym pacjenta:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* 1. Kto skierował pacjenta na badanie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **Jaki jest bezpośredni powód zgłoszenia się z dzieckiem do Ośrodka Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży?**

Proszę opisać najważniejsze objawy/problemy dziecka: kiedy się zaczęły, jak zmieniły się w czasie, jak często występują. Proszę opisać konkretne zachowania dziecka. |
| 1. **W jakim stopniu powyższy problem wpływa na kontakty dziecka z rówieśnikami?**

 Proszę otoczyć kółkiem wybrane odpowiedzi.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nie ma wpływu |  |  |  | Ma bardzo duży wpływ |

 |
| 1. **W jakim stopniu powyższy problem wpływa na Państwa relację z dzieckiem?**

 Proszę otoczyć kółkiem wybrane odpowiedzi.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nie ma wpływu |  |  |  | Ma bardzo duży wpływ |

 |
| 1. **W jakim stopniu powyższy problem wpływa na postępy w nauce dziecka?**

 Proszę otoczyć kółkiem wybrane odpowiedzi.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nie ma wpływu |  |  |  | Ma bardzo duży wpływ |

 |
| 1. **W jakim stopniu powyższy problem wpływa na poczucie własnej wartości dziecka?**

 Proszę otoczyć kółkiem wybrane odpowiedzi.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nie ma wpływu |  |  |  | Ma bardzo duży wpływ |

 |
| 1. **Czy dziecko kiedykolwiek miało kontakt z psychologiem bądź psychiatrą?**  TAK  NIE

**Jeśli tak** - proszę przedstawić dotychczasową historię leczenia psychologicznego i psychiatrycznego a także **proszę przynieść na pierwszą wizytę wszystkie dotychczasowe wyniki badań i opinie nt. dziecka.*** 1. Gdzie dziecko było leczone dotychczas?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* 1. W jakim przedziale czasowym dziecko było leczone w innych placówkach?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* 1. Jakie było rozpoznanie choroby?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* 1. Jakie były zalecenia?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **Czy dziecko przebywa obecnie pod opieką:**

    poradni specjalistycznej psychologa lekarza psychiatry innego specjalisty, jakiego?........................................................... |
| 1. **Historia rodziny:**

**Czy u jakiegokolwiek krewnego dziecka (matki, ojca, brata, siostry, wujka, cioci, dziadka, babci, kuzyna) występowało lub zostało zdiagnozowane któreś z następujących zaburzeń? Jeśli tak, proszę wpisać stopień pokrewieństwa tej osoby z dzieckiem pod nazwą choroby.*** 1. Depresja ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	2. Mania/zaburzenie afektywne dwubiegunowe …………………………………………………………………………………………………………………..
	3. ADHD/zaburzenia nadpobudliwości ………………………………………………………………………………………………………………………………….
	4. Psychoza/schizofrenia/zaburzenia schizotypowe/urojeniowe …………………………………………………………………………………………..
	5. Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną ………………………………………………………………………….
	6. Lęk, fobie, obsesje …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
	7. Zaburzenia uczenia się lub trudności intelektualne …………………………………………………………………………………………………………..
	8. Spektrum autyzmu/zespół Aspergera ……………………………………………………………………………………………………………………………….
	9. Fobia społeczna ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	10. PTSD …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	11. Zaburzenia odżywiania się …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
	12. Problemowe zachowanie/zaburzenia zachowania/zachowania przestępcze …………………………………………………………………….
	13. Zaburzenia osobowości (np. osobowość Borderline, paranoiczna, schizoidalna, chwiejna emocjonalnie, histrioniczna, lękliwa, zależna) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	14. Demencja/ Choroba Alzheimera ……………………………………………………………………………………………………………………………………….
	15. Uzależnienie od alkoholu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
	16. Inne zaburzenia spowodowane nadużywaniem substancji psychoaktywnych …………………………………………………………………..
	17. Napady drgawkowe/padaczka/urazowe uszkodzenie mózgu ……………………………………………………………………………………………
	18. Choroby sercowo-naczyniowe (np. nadciśnienie, miażdżyca, udar, wrodzone wady serca) ………………………………………………
	19. Samobójstwo lub próba samobójcza ………………………………………………………………………………………………………………………………..
	20. Hospitalizacja psychiatryczna ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
	21. Tiki/zespół Tourette’a ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
	22. Inne - jakie? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Proszę podać szczegółowe informacje na temat powyższych problemów:** |
| 1. **Krótki opis rodziny:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię matki dziecka |  |
| Nazwisko matki dziecka |  |
| Wiek matki dziecka |  |
| Wykształcenie matki dziecka |  |
| Zawód matki dziecka |  |
| Stan zdrowia matki dziecka(choroby przewlekłe, nałogi) |  |
| Imię ojca dziecka |  |
| Nazwisko ojca dziecka |  |
| Wiek ojca dziecka |  |
| Wykształcenie ojca dziecka |  |
| Zawód ojca dziecka |  |
| Stan zdrowia ojca dziecka(choroby przewlekłe, nałogi) |  |

1. **Obecna relacja rodziców dziecka**:

11.1. Jaki jest obecny status związku rodziców dziecka?Konkubinat Małżeństwo Separacja Rozwód Rozstanie Inne, Jakie?..............................................................* 1. Jak długo utrzymuje się obecny status związku rodziców dziecka?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miesięcy |
| 1. **Jaką formę ma obecna opieka rodziców nad dzieckiem?**

     Opieka Opieka Ograniczenie Odebranie Inna, jaka?.......................................................wspólna naprzemienna praw rodzicielskich praw rodzicielskich |
| 1. **Strategie wychowawcze:**
	1. Czy rodzice mają wspólne strategie wychowawcze?  TAK  NIE  NIE WIEM
	2. Czy zasady panujące w domu są ustalane wspólnie z dzieckiem?  TAK  NIE  NIE WIEM
	3. Czy zasady panujące w domu są przestrzegane?  TAK  NIE  NIE WIEM
 |
| 1. **Opieka psychologiczna/psychiatryczna**

Czy matka dziecka kiedykolwiek korzystała z pomocy psychologicznej bądź psychiatrycznej?  TAK  NIECzy ojciec dziecka kiedykolwiek korzystał z pomocy psychologicznej bądź psychiatrycznej?  TAK  NIE |
| 1. **Czy matka dziecka przejawiała podobne objawy bądź mierzyła się z podobnymi trudnościami będąc w wieku dziecka?**

  TAK  NIE Jeśli TAK, jakie to były objawy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **Czy ojciec dziecka przejawiał podobne objawy bądź mierzył się z podobnymi trudnościami będąc w wieku dziecka?**

  TAK  NIEJeśli TAK, jakie to były objawy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **Sytuacja rodzinna**
	1. Proszę podać informacje o rodzeństwie dziecka: imię, wiek, stan zdrowia, ewentualne trudności wychowawcze, diagnozy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................................................................................................
	2. Proszę podać informacje o innych osobach ważnych w procesie wychowawczym dziecka, np. o dziadkach, opiekunach - proszę opisać ich relację z dzieckiem, wymienić ich cechy osobowości i temperamentu

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* 1. Pod czyją opieką obecnie przebywa dziecko? Z iloma osobami obecnie mieszka? Proszę podać stopień pokrewieństwa tych osób z dzieckiem.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………….* 1. W jaki sposób rodzina spędza czas z dzieckiem?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* 1. Jeśli dziecko złamie panującą w domu zasadę, ważną dla Państwa regułę, jakie działania są podejmowane? Jakie są konsekwencje takiego zachowania?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* 1. Czy rodzina przeżywa obecnie stres związany z jakąś sytuacją lub zdarzeniem, np. chorobą, śmiercią, zmianą miejsca pracy, przeprowadzką, problemami finansowymi, utratą pracy, utratą zwierzęcia domowego? Jeśli tak, proszę opisać przyczynę oraz sposoby radzenia sobie z trudną sytuacją.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* 1. Czy istnieją jeszcze jakieś inne okoliczności, które wpływają na to, jak wychowywane jest dziecko? Jeśli tak, proszę je opisać

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..* 1. Jak oceniają Państwo warunki materialne rodziny dziecka?

      Bardzo dobrze Dobrze Średnio Wystarczająco Niewystarczająco* 1. Jak oceniają Państwo warunki mieszkaniowe rodziny dziecka?

      Bardzo dobrze Dobrze Średnio Wystarczająco Niewystarczająco 17.10 Z kim dziecko mieszka w pokoju? Czy śpi samo czy z kimś w pokoju/łóżku?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **Sen**

18.1       Bardzo dobrze Dobrze Średnio Źle Bardzo źle18.2 Czy dziecko wybudza się w nocy?  TAK  NIE  NIE WIEM18.3 Czy dziecko drzemie w ciągu dnia?  TAK  NIE  NIE WIEM18.4 Czy dziecko potrzebuje usypiania przez osobę dorosłą?  TAK  NIE  NIE WIEM |
| 1. **Rozwój dziecka**

 19.1 Okres prenatalny: Czy matka dziecka doświadczyła jakichkolwiek komplikacji w okresie ciąży?       Przedwczesny Nadmierny Ciąża Bóle Nadciśnienie Krwawienie Poródporód przyrost wagi przenoszona głowy z pochwy siłami natury   Poród Poród z cięciem Poród z zastosowaniemKleszczowy cesarskim próżnociągu położniczego 19.2 Czy wystąpiły jakieś komplikacje przy porodzie?  TAK  NIE Jeśli TAK, jakie to były objawy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… 19.3 Czy poród był wywoływany?  TAK  NIE 19.4 Proszę podać wagę urodzeniową dziecka: ……………………………. GRAM 19.5 Proszę podać wynik w skali APGAR: …………………………..………… PUNKTÓWJeśli dziecko uzyskało mniej niż 10 punktów w skali APGAR - za co zostały odjęte? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… 19.6 Jak długo dziecko zostało w szpitalu po urodzeniu? ………………… DNI 19.7 Czy dziecko było samo czy pozostawało z opiekunem? ……………………………………………………………………………………….. 19.8 Czy dziecko miało problemy z oddychaniem?  TAK  NIE  NIE WIEM  19.9 Czy podano tlen?  TAK  NIE  NIE WIEM 19.10 Czy dziecko miało żółtaczkę?  TAK  NIE  NIE WIEM  19.11 Czy przeprowadzono transfuzję krwi?  TAK  NIE  NIE WIEM |
| 1. **Żywienie i sen noworodka**

20.1 Czy Państwa dziecko…?      Było karmione Było karmione Wykazywało objawy Cierpiało Inne, jakie?................................ Piersią butelką nietolerancji laktozy na kolkę ……………………………………………….20.2 Czy Państwa dziecko doświadczało problemów z jedzeniem?  TAK  NIEJeśli tak, jakich ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… 20.3 Czy Państwa dziecko doświadczało problemów z ustalonym rytmem snu i czuwania?  TAK  NIEJeśli tak, jakich ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… 20.4 W jakim wieku Państwa dziecko zaczęło przesypiać całą noc? ………………………. m-cy |
| 1. **Kolejne etapy rozwoju dziecka**

21.1 Proszę wpisać ile miesięcy miało Państwa dziecko, gdy osiągnęło poniższe etapy rozwojowe:* Reagowanie na otoczenie: ………………………………………. miesięcy
* Siadanie: ……………………………………………………………………… miesięcy
* Raczkowanie: ………………………………………………………………. miesięcy
* Gaworzenie: ……………………………………………………………….. miesięcy
* Stanie: ………………………………………………………………………… miesięcy
* Chwytanie palcami: ………………………………………….…………. miesięcy
* Chodzenie: ……………………………………………………….………… miesięcy
* Trzymanie kubka i picie: …………………….………………………. miesięcy
* Jedzenie: …………………………………………….……………………… miesięcy
* Korzystanie z toalety: ……………………..………………………….. miesięcy
 |
| 1. **Rozwój mowy**

22.1 Proszę zaznaczyć czy Państwa dziecko...* mówiło pojedyncze słowa inne niż “mama” i “dada” przed ukończeniem 1 roku życia:  TAK  NIE
* łączyło 2-3 słowa przed 18 miesiącem życia (przed ukończeniem 1,5 r.ż.):  TAK  NIE
* wypowiadało zdania przed ukończeniem 3 roku życia:  TAK  NIE

**Czy po 3 r.ż. rozwój mowy się zmienił, np. zwiększył się, cofnął, bądź też zupełnie zanikł?**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **Rozwój społeczny**

23.1 Czy Państwa dziecko…?* nawiązuje/nawiązywało prawidłowy kontakt wzrokowy?  TAK  NIE
* lubi(ło) bawić się z innymi dziećmi?  TAK  NIE
* potrafi(ło) dostosować się do zasad?  TAK  NIE
* dokucza(ło) innym?  TAK  NIE
* było/jest zastraszane/wykluczane?  TAK  NIE
* było/jest bierne w kontaktach z innymi?  TAK  NIE
* przejawia(ło) agresję wobec innych?  TAK  NIE
* lubi(ło) być przytulane?  TAK  NIE
1. **Okres przedszkolny**

24.1 Czy dziecko uczęszcza do przedszkola czy pozostaje pod opieką w domu? Jeśli pozostaje w domu, pod czyją opieką?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… 24.2 Jeśli dziecko chodzi do przedszkola, jakiego rodzaju jest to przedszkole?       Publiczne Niepubliczne Prywatne Integracyjne Specjalne Terapeutyczne Inne, jakie?...................................................... 24.3 Jeśli dziecko chodzi do przedszkola, to jak radzi sobie z rozstaniami? Jak zaadaptowało się w grupie dzieci - czy pozostaje na uboczu grupy czy w centrum uwagi? Czy potrafi bawić się w grupie? Czy ma ulubione zabawy (jeśli tak, to jakie)? Czy występuje zachowanie odmienne od rówieśników? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… 24.4 Czy w okresie przedszkolnym miały miejsce poważne wydarzenia w życiu rodziny, tj. choroby, żałoby, hospitalizacje bliskich członków rodziny?  TAK  NIEJeśli tak, jakie?.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. 24.5 Zachowanie dziecka w przedszkolu (krótki opis):* Wykonywanie poleceń i stosowanie się do zasad: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Koncentracja: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Kontakty z rówieśnikami: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Kontakty z dorosłymi:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* Uwagi, skargi nauczycieli: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

  |
| 1. **Jakie są mocne strony dziecka?**
2. **Jak przebiega samodzielne ubieranie się, korzystanie z toalety? Czy dziecko wykonuje te czynności samo, czy z pomocą dorosłego? Ile czasu one trwają?**
 |
| 1. **Ocena nawyków żywieniowych:**

27.1 Czy dziecko je mniej niż 3 posiłki dziennie?* Czy dziecko je mniej niż 3 posiłki dziennie?  TAK  NIE
* Czy dieta dziecka niepokoi Państwa?  TAK  NIE
* Czy dziecko znacznie przytyło/schudło w ostatnich 6 miesiącach?  TAK  NIE
* Jeśli tak - ile kilogramów?  KG

**Jeśli zaznaczyli Państwo “TAK” przynajmniej 1 raz, prosimy o krótki opis sytuacji:** |
| 1. **Rozwój społeczny:**

28.1 Czy dziecko ma kontakty z rówieśnikami poza przedszkolem? Jak często? Jak te kontakty wyglądają? |
| 1. **Informacje nt. dziecka**

29.1 Proszę zaznaczyć znakiem X wszystkie dolegliwości jakich doświadczyło lub wciąż doświadcza dziecko:◻ Alergie ◻ Astma◻ Cukrzyca ◻ Ospa wietrzna lub odra◻ Problemy z sercem ◻ Infekcje uszu◻ Infekcje układu moczowego ◻ Słaba kontrola nad wypróżnianiem się◻ Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych/ zapalenie mózgu ◻ Uraz głowy ◻ Gorączka reumatyczna ◻ Paciorkowcowe zapalenie gardła◻ Operacje chirurgiczne ◻ Nawracające bóle głowy◻ Częste bóle brzucha ◻ Napady drgawkowe◻ Inne choroby lub obrażenia ◻ Inne - jakie? ………………………………………………………………………….. **Prosimy o opis powyższych dolegliwości, np. informacje o tym od kiedy występują, jakie są ich przyczyny, stopień nasilenia czy też okoliczności występowania.**  |
| 1. **Czy u dziecka występował / występuje lub został zdiagnozowany któryś z następujących problemów?**

◻ Smutek lub poczucie beznadziejności, częsty płacz◻ Drażliwość◻ Częste myślenie o śmierci / stracie◻ Myśl samobójcze◻ Samookaleczanie◻ Lęk / nerwowość / martwienie się◻ Napady paniki◻ Problemy ze wzrokiem / słuchem◻ Widzenie / słyszenie / czucie rzeczy, które nie istnieją◻ Zmiana apetytu◻ Wybredność w jedzeniu◻ Martwienie się własną sylwetką◻ Napady objadania się / stosowanie środków przeczyszczających lub restrykcyjna dieta◻ Trudności z zasypianiem lub podtrzymaniem snu◻ Koszmary senne / lęki nocne / mówienie przez sen / lunatykowanie◻ Chrapanie lub trudności z oddychaniem podczas snu◻ Nadmierna senność w ciągu dnia◻ Moczenie się w nocy◻ Przypadki utraty kontroli nad czynnościami fizjologicznymi w ciągu dnia◻ Tiki/zespół Tourette’a / ruchy mimowolne◻ Opóźnienie rozwoju języka / mowy◻ Zaburzenie uczenia się (czytanie/pisanie/liczenie)◻ Wyrywanie sobie włosów / brwi lub skubanie skóry◻ Bycie ofiarą dręczenia (fizycznego/werbalnego/w Internecie)◻ Bycie ofiarą zaniedbania lub znęcania się fizycznego/seksualnego◻ Wycofanie społeczne◻ Nadaktywność◻ Impulsywność◻ Brak zorganizowania/roztargnienie◻ Trudności z kończeniem zadań/projektów◻ Wybuchy złości◻ Agresywne zachowanie w domu◻ Agresywne zachowanie w szkole◻ Wagarowanie◻ Problemy z policją/prawem◻ Nadmierne korzystanie z komputera/telefonu/gier◻ Bycie świadkiem przemocy domowej◻ Rozwód/separacja rodziców◻ Przeprowadzka rodziny◻ Utrata zwierzęcia domowego◻ Utrata przyjaciela lub chłopaka/dziewczyny◻ Porzucenie przez rodziców◻ Śmierć członka rodziny / przyjaciela◻ Inne:Inne - jakie? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **Proszę wypisać wszystkie obecnie przyjmowane przez dziecko leki, witaminy i suplementy:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | NAZWA LEKU/SUPLEMENTU | DAWKA DOBOWA | OD KIEDY PRZYJMOWANY | PRZYCZYNA STOSOWANIA I SKUTECZNOŚĆ |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |

 |
| 1. **Zachowanie dziecka:**

32.1 Proszę wziąć pod uwagę jak dziecko zazwyczaj się zachowuje.Jeśli dane zachowanie pojawiło się kilka razy, ale zazwyczaj dziecko tego nie robi, proszę odpowiedzieć „nie”. Proszę zaznaczyć odpowiedź „tak” lub „nie” przy każdym pytaniu.* Jeśli wskażą Państwo ręką na jakiś obiekt w pokoju, to czy wtedy dziecko na niego spojrzy? (np. jeśli wskażą Państwo na zabawkę, albo na zwierzę, to czy dziecko spogląda na tę zabawkę lub zwierzę?)  TAK  NIE
* Czy kiedykolwiek przyszło Państwu do głowy, że dziecko może mieć problemy ze słuchem?  TAK  NIE
* Gdy dzieje się coś nowego, czy wtedy dziecko spogląda na Pana/Panią, by sprawdzić, jak Pan/Pani na to reaguje? (np. gdy dziecko usłyszy jakiś nowy lub zabawny dźwięk lub zobaczy nową zabawkę, czy zerknie wtedy na Pana/Pani twarz?)  TAK  NIE
* Czy dziecko lubi się wspinać na przedmioty? (np. na meble, na drabinki na placu zabaw lub

na schody?)  TAK  NIE* Czy dziecko wykonuje nietypowe ruchy palcami dłoni przy swoich oczach?

(np. czy trzepocze palcami blisko swoich oczu?)  TAK  NIE* Czy dziecko wskazuje palcem aby o coś poprosić lub uzyskać pomoc? (np. czy wskazuje na przekąskę lub zabawkę, która jest poza jego zasięgiem?)  TAK  NIE
* Gdy uśmiechają się Państwo do dziecka, czy dziecko również odpowiada uśmiechem?  TAK  NIE
* Czy dziecko bywa rozdrażnione z powodu codziennych głośnych dźwięków? (np. czy krzyczy lub płacze w reakcji na głośne dźwięki takie jak dźwięk odkurzacza lub głośna muzyka?)  TAK  NIE
* Czy dziecko lubi zabawy ruchowe? (np. być kołysane, podrzucane na kolanach)  TAK  NIE
 |
| 1. **Proszę wymienić źródła stresu w życiu dziecka z uwzględnieniem przeżyć traumatycznych mających miejsce w przeszłości:**
 |
| 1. **Proszę napisać poniżej wszelkie pytania, jakie chcieliby Państwo zadać podczas pierwszej wizyty:**
 |
| 1. **Poniżej Proszę napisać Państwa oczekiwania względem leczenia dziecka w Ośrodku Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży:**
 |
| **OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH PACJENTA/PACJENTA** |
| Ja niżej podpisany(a), przedstawiciel ustawowy wyżej wymienionego dziecka potwierdzam, że po uzyskaniu wyczerpujących informacji oraz podczas rozmowy z lekarzem została mi wyjaśniona istota choroby dziecka:...................................................................................................................................................................................................... |
| EWENTUALNE UWAGI PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH PACJENTA/PACJENTA |
|  |
| **Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (np. matki, ojca, opiekuna prawnego)\*\*\*\*** |  | **Podpis, data:** |  |
| **Imię i nazwisko drugiego przedstawiciela ustawowego, jeśli występuje.** |  | **Podpis, data:** |  |
| **Oświadczam, iż poinformowałam/-em pacjenta,/ jego przedstawicieli ustawowych o planowanym sposobie leczenia oraz pouczyłam/em o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego leczenia.** **Imię i nazwisko lekarza udzielającego informacji: (podpis, pieczątka, data)** |  |  |

***\*\*\*****właściwe zakreślić*

***\*\*\*\*UWAGA*** *- w przypadku braku gdy tylko jeden z uprawnionych przedstawicieli ustawowych podpisuje formularz, podpisujący oświadcza, że nieobecny przedstawiciel ustawowy nie wyraża sprzeciwu na przeprowadzenie procedury.*