Plewiska dnia: .....

WYWIAD I

Pacjent

Imię Nazwisko		Telefon	
Data Urodzenia		email	
PESEL		Adres Zamieszkania	

Waga urodzeniowa		Obecna waga	
Długość ciała		Obecny wzrost	
Obwód głowy		Obecny obwód głowy	
Obwód klatki piersiowej		Obecny obwód tułowia	
Ilość pkt w skali Apgar		Obecna długość stopy	

Choroby współistniejące w rodzinie (u kogo?) ……...……

Jak przebiegała ciąża? .....

(cukrzyca, nadciśnienie, problemy endokrynologiczne – nadczynność/ niedoczynność, zatrucie ciążowe, krwawienia/ plamienia, choroby wirusowe/ bakteryjne/ pasożytnicze, małowodzie/ wielowodzie, substancje szkodliwe – leki, inne)

Który poród? ..... **Która ciąża?** .....

Tydzień porodu .....

Poród

☐ 1. Siłami natury

☐ 2. Cesarskie cięcie, dlaczego? .....

☐ 3. Vacum, dlaczego? .....

Powikłania okołoporodowe

☐ 1. Niedokrwienie

☐ 2. Krwawienie okołoporodowe

☐ 3. Żółtaczka

☐ 4. wody płodowe

☐ 5. Choroby tuż po porodzie .....

Inne schorzenia wykryte u dziecka

☐ 1. Wady serca

☐ 2. Padaczka

☐ 3. Wada wzroku (jaka?) .....

☐ 4. Inne .....

Konsultacja lekarza neurologa TAK ☐ NIE ☐

1. USG przezciemiączkowe TAK ☐ NIE ☐ .....

Konsultacja lekarza ortopedy TAK ☐ NIE ☐

1. USG stawów biodrowych

☐ a. Staw biodrowy lewy .....

☐ b. Staw biodrowy prawy TAK .....

Inne konsultacje lekarzy specjalistów

.....

Osoba kierująca na rehabilitacje ruchową:

☐ 1. Pediatra prowadzący

☐ 2. Lekarz specjalista

☐ 3. Rodzic - opiekun prawny

Czy jest to pierwszy kontakt z fizjoterapeutą TAK ☐ NIE ☐

Jeśli dziecko było wcześniej objęte rehabilitacją ruchową to, jaką metodą:

☐ 1. NDT – Bobath

☐ 2. Vojta

☐ 3. Inne

Czas trwania terapii .....

Czy odbyła się konsultacja/ terapia logopedyczna/neurologopedyczna

Czas trwania terapii .....

Jak dziecko jest karmione?

☐ 1. Butelka

☐ 2. Pierś

☐ 3. Pokarmy stałe

Czy wstępują/ występowały trudności z zakresu

☐ **ssania** ☐ **żucia** ☐ **gryzienia** ☐ **połykania** ☐ **jedzenia pokarmów stałych**

Czy dużo ulewa/ ulewało?

.....

Jak dziecko śpi? Czy śpi w nocy? Ile przesypia czasu? Czy używa poduszki?

.....

Proszę opisać co Państwa niepokoi w dziecku? Jakie ono jest?

.....

WYWIAD II

Rozwój motoryczny

Opis	+/-	Wiek/Miesiąc	Uwagi
Obracanie z pleców na brzuch			
Obracanie z brzucha na plecy			
Pivoty			
Chwytanie za stopy w leżeniu na plecach			
Pełzanie			
Raczkowanie			
Siadanie			
Samodzielne stanie/ pionizacja			
Chód			

Koordynacja/ samodzielność

Chwytanie zabawki w linii środkowej			
Przekładanie zabawki z ręki do ręki			
Używanie chwytu pęsetowego			
Ustawianie wieży z klocków / ilu?			
Rozbieranie			
Ubieranie			
Korzystanie z toalety			

Rozwój mowy

Płacz / krzyk			
Głużenie			
Gaworzenie			
Pierwsze słowa			

Rozwój społeczno emocjonalny

Nawiązuje kontakt wzrokowy			
Reaguje na swoje imię			

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

Czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

.....