

KWESTIONARIUSZ

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko
Data urodzenia
Pesel
Numer w ewidencji Fundacji
Dokładna aktualna diagnoza
Imię i nazwisko opiekuna prawnego
Telefon kontaktowy do opiekuna prawnego
Adres e-mail opiekuna prawnego
Adres zameldowania
Adres zamieszkania
Data wypełnienia kwestionariusza

PODSTAWOWE INFORMACJE O PACJENCIE

Wzrost
Waga
Język ojczysty
Czy pacjent wychowuje się w pełnej rodzinie?
Czy pacjent uczęszcza do szkoły? Jakiego rodzaju?
Czy pacjent posiada orzeczenie o niepełnosprawności? Jaki jest okres ważności orzeczenia?
Czy występuje u pacjenta niepełnosprawność intelektualna? Jaki stopień niepełnosprawności?
Jaki jest aktualny stan zdrowia pacjenta?

Czy pacjent cierpi na chorobę zakaźną? Jaką?
Czy pacjent kiedykolwiek był pod opieką psychiatry?
Czy u pacjenta występuje padaczka?
Jaka jest częstotliwość występowania napadów padaczkowych?
Jakie bodźce wywołują napady padaczkowe?
Czy pacjent zgłasza dolegliwości bólowe? Jakie?
Czy u pacjenta występują alergie?
Czy pacjent przyjmuje leki na stałe? Jakie?
Czy pacjent miał w ciągu ostatniego roku przeprowadzoną operację? Jaką?

STAN FIZYCZNEGO FUNKCJONOWANIA PACJENTA

Czy pacjent potrafi samodzielnie trzymać głowę?
Czy pacjent potrafi samodzielnie siedzieć?
Czy pacjent potrafi samodzielnie stać?
Czy pacjent potrafi samodzielnie się przemieszczać? W jaki sposób?
Czy pacjent potrafi samodzielnie chodzić?
Czy pacjent korzysta z pomocy medycznych, takich jak: balkonik, trójnogi, kule bądź wózek inwalidzki?
Czy u pacjenta występują zaburzenia przełykania?
Czy pacjent potrafi samodzielnie spożywać posiłki?
Czy u pacjenta występuje nadmierne ślinienie?
Czy pacjent jest w stanie trzymać w rękach przedmioty?
Czy pacjent potrafi samodzielnie się ubierać?
Czy u pacjenta występują zaburzenia wzroku? Jakiego typu?

Czy u pacjenta występują zaburzenia słuchu?
Jakiego typu?

Czy u pacjenta występują zaburzenia mowy?
Jakiego typu?

UMIEJĘTNOŚCI POZNAWCZE I SPOŁECZNE PACJENTA

Czy pacjent potrafi utrzymać kontakt wzrokowy z rozmówcą?

Czy u pacjenta zaobserwowano zaburzenia kontroli wzrokowo-ruchowej?

Czy pacjent lubi pracować przy biurku?

Czy pacjent lubi przeglądać książki?

Czy pacjent potrafi pisać?

Czy pacjent potrafi czytać?

Czy pacjent powtórzy pokazane mu wcześniej zadanie ruchowe?

Czy pacjent potrafi naśladować dźwięki?

Czy pacjent potrafi układać wyrazy w zdanie?

Czy u pacjenta występuje mowa spontaniczna?

Czy pacjent reaguje na własne imię?

Czy pacjent potrafi wykonać proste polecenia?

Czy pacjent nawiązuje relacje z innymi?

Czy pacjent może samodzielnie uczestniczyć w terapii?

Czy pacjent potrafi współpracować z terapeutą?

Jak pacjent reaguje na zmiany w otoczeniu?

ZACHOWANIE PACJENTA

Czy pacjent przejawia agresję w stosunku do innych ludzi?

Czy pacjent przejawia zachowania autoagresywne?

Czy u pacjenta występuje nadpobudliwość psychoruchowa?

Czy pacjent w jakiś sposób się autostymuluje?

Czy u pacjenta występują napady złości i rozdrażnienia?

Jakie są relacje pacjenta z rodzeństwem?

Jakie są relacje pacjenta z rodzicami?

STAN UKŁADU RUCHU PACJENTA

Czy u pacjenta występuje niestabilność kostno-stawowa?

Czy u pacjenta występują deformacje kostno-stawowe?

Jakie są dominujące przykurcze mięśniowe występujące u pacjenta?

Jaki jest stan ortopedyczny bioder pacjenta?

Czy był przeprowadzony u pacjenta zabieg chirurgiczny na ścięgnach?

Data przeprowadzenia zabiegu:

Czy pacjent miał zastosowane gipsowe odlewy hamujące na kończynach dolnych?

Data stosowania odlewów gipsowych:

Czy pacjent przeszedł zabieg fibrotomii?

Data przeprowadzenia zabiegu:

Czy pacjent ma wszczepioną pompę baklofenową?

Czy pacjent miał przeprowadzony zabieg selektywnej tylnej rizotomii?

Data przeprowadzenia zabiegu:

UCZESTNICTWO PACJENTA W TERAPII

Czy pacjent korzysta(ł) z terapii psychologicznej?

Z jaką częstotliwością?

Czy pacjent korzysta(ł) z integracji sensorycznej?

Z jaką częstotliwością?

Czy pacjent posiada diagnozę integracji sensorycznej?

Czy pacjent korzysta(ł) z terapii logopedycznej?

Z jaką częstotliwością?

Czy pacjent korzysta(ł) z terapii ruchowej?

Z jaką częstotliwością?

Jakie są Państwa oczekiwania wobec rehabilitacji ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza :)

.....

Miejscowość / data

.....

Podpis rodzica lub opiekuna prawnego pacjenta

Prosimy o wypełnienie, podpisanie i odesłanie dokumentu na adres e-mail: zapisy@dzieciom.pl

