ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI NOWEGO PACJENTA

*Proszę uzupełnić szare pola*

|  |
| --- |
| DANE PACJENTA |
| **1.** | **Dane identyfikujące pacjenta:**imię: drugie imię: nazwisko: płeć:[ ]  kobieta[ ]  mężczyznanumer PESEL:      data urodzenia – dzień:      , miesiąc:     , rok:       |
| **2.** | **Adres zamieszkania pacjenta:**województwo:      powiat:      miejscowość:      ulica:      numer budynku:      numer mieszkania:      numer telefonu pacjenta (*jeśli dotyczy*):       |
| DANE OPIEKUNÓW PRAWNYCH |
| **1.** | **Opiekunowie prawni pacjenta:** |
| imię:      nazwisko:       | imię:      nazwisko:       |
| **2.** | **Pokrewieństwo opiekunów prawnych z pacjentem:** |
| [ ]  rodzic biologiczny[ ]  rodzic adopcyjny[ ]  rodzic zastępczy[ ]  inne (*proszę określić*):       | [ ]  rodzic biologiczny[ ]  rodzic adopcyjny[ ]  rodzic zastępczy[ ]  inne (*proszę określić*):       |
| **3.** | **Adres zamieszkania opiekunów prawnych:** |
| [ ]  taki sam jak adres pacjenta[ ]  inny niż adres pacjenta (*proszę uzupełnić*):województwo:      powiat:      miejscowość:      ulica:      numer budynku:      numer mieszkania:       | [ ]  taki sam jak adres pacjenta[ ]  inny niż adres pacjenta (*proszę uzupełnić*):województwo:      powiat:      miejscowość:      ulica:      numer budynku:      numer mieszkania:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **Numery telefonu i adresy e-mail opiekunów prawnych:** |
| tel. komórkowy:      tel. stacjonarny:      e-mail:       | tel. komórkowy:      tel. stacjonarny:      e-mail:       |
| DANE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ ANKIETĘ |
| **1.** | **Imię i nazwisko osoby wypełniającej ankietę (*proszę uzupełnić, jeżeli jest nią inna osoba niż opiekun prawny*):**imię:      nazwisko:       |
| **2.** | **Pokrewieństwo z pacjentem:**[ ]  rodzic biologiczny[ ]  rodzic adopcyjny[ ]  rodzic zastępczy[ ]  opiekun społeczny[ ]  lekarz[ ]  inne (*proszę określić*):       |
| **3.** | **Numer telefonu i adres e-mail osoby wypełniającej ankietę:**tel. komórkowy:      tel. stacjonarny:      e-mail:       |
| **4.** | **Kto skierował osobę wypełniającą ankietę do Regionalnego Punktu Diagnozy i Terapii (lub kto poinformował o tym punkcie)?** |
| DO KOGO KIEROWAĆ KORESPONDENCJĘ? |
| **1.** | **Korespondencję proszę przesyłać na adres:**[ ]  opiekuna prawnego[ ]  osoby wypełniającej ankietę[ ]  innej osoby lub instytucji (proszę podać adres:      ) |

***Prosimy o wypełnienie tej części ankiety najdokładniej, jak to możliwe. Zdajemy sobie sprawę, że od- powiedź na wszystkie pytania może być niemożliwa. Odpowiedzi na pytania zadane w tej ankiecie są niezbędne do postawienia jak najdokładniejszej diagnozy oraz skierowania pacjenta na właściwe leczenie. Dziękujemy za poświęcenie czasu na wypełnienie naszej ankiety.***

|  |
| --- |
| PRZYCZYNY SKIEROWANIA NA BADANIE |
| **1.** | **Jakie są główne problemy pacjenta? Prosimy o szczegółowy opis.**      |
| OCZEKIWANIA ZWIĄZANE Z BADANIEM |
| **1.** | **Jakie są Państwa oczekiwania związane z przeprowadzeniem tych badań?**      |
| POMIARY URODZENIOWE |
| **1.** | **Waga urodzeniowa:**       g |
| **2.** | **Wzrost urodzeniowy:**       cm |
| **3.** | **Urodzeniowy obwód głowy:**       cm |
| **4.**  | **Wiek ciążowy (długość ciąży):** w miesiącach       lub w tygodniach:       |
| DODATKOWE DANE DOTYCZĄCE WAGI, WZROSTU I OBWODU GŁOWY |
| **1.** | **Data – dzień:      , miesiąc:      , rok:**waga:       kgwzrost:       cmobwód głowy:       cm |
| **2.** | **Data – dzień:      , miesiąc:      , rok:**waga:       kgwzrost:       cmobwód głowy:       cm |
| **3.** | **Data – dzień:      , miesiąc:      , rok:**waga:       kgwzrost:       cmobwód głowy:       cm |
| **4.** | **Data – dzień:      , miesiąc:      , rok:**waga:       kgwzrost:       cmobwód głowy:       cm |
| WZROST RODZICÓW BIOLOGICZNYCH |
| **1.** | **Wzrost matki biologicznej:**       cm |
| **2.** | **Wzrost ojca biologicznego:**       cm |
| WYGLĄD FIZYCZNY I ZDROWIE |
| **1.** |  **Zdjęcia twarzy pacjenta są dla nas bardzo pomocne.***Najlepsze zdjęcia to takie, na których twarz wypełnia całą przestrzeń, a pacjent nie uśmiecha się. Szczególnie ważne są zdjęcia pacjenta pomiędzy 1 a 12 rokiem życia.***Czy takie zdjęcia są dostępne?**[ ]  tak [ ]  nie **Ile zdjęć dołączono do ankiety?**      **Czy jest możliwość dostarczenia innych zdjęć do poradni?**[ ]  tak [ ]  nie  |
| **2.** | **Czy pacjent urodził się z jakimiś wadami wrodzonymi (lub wykryto później), np. rozszczep wargi, wrodzona wada serca, zniekształcona stopa, itd.?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danychJeśli tak, proszę opisać te wady:       |
| **3.** | **Czy u pacjenta stwierdzono kiedykolwiek:** |
|  | tak | nie | brak danych |  |
| alergie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| liczne infekcje ucha  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| przewlekłe zapalenie zatok  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| przewlekłą utratę słuchu  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| problemy ze wzrokiem | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| przewlekłą chorobę serca  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| przewlekłą chorobę nerek  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| przewlekłą chorobę stawów / kończyn  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| przewlekłą chorobę żołądka / jelit  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **3.** | **Czy pacjent kiedykolwiek przechodził:** |
|  | tak | nie | brak danych |  |
| **A) zabiegi operacyjne (od urodzenia)** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Jeżeli tak, to proszę opisać operację / operacje *(w tym: na czym polegała operacja, w jakim wieku był pacjent, proszę podać także datę operacji):*       |
|  | tak | nie | brak danych |  |
| **B) inne hospitalizacje** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Jeżeli tak, to proszę opisać przebieg hospitalizacji (*w tym: jakie były przyczyny pobytu w* *szpitalu, w jakim wieku był pacjent, proszę podać także datę hospitalizacji):*       |
|  | tak | nie | brak danych |  |
| **C) maltretowanie fizyczne** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Jeżeli tak, to proszę podać parę informacji o maltretowaniu fizycznym pacjenta (*w tym: kto tego dokonywał, w jakim wieku był pacjent, czy miało miejsce badanie lekarskie):*       |
|  | tak | nie | brak danych |  |
| **d) molestowanie seksualne** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Jeżeli tak, to proszę podać parę informacji o molestowaniu seksualnym pacjenta (*w tym: kto tego dokonywał, w jakim wieku był pacjent, czy miało miejsce badanie lekarskie):*       |
| PROBLEMY NEUROLOGICZNE |
| **1.** | **Czy pacjent kiedykolwiek doświadczył:** |
|  | tak | nie | podejrzewa się | brak danych |  |
| **A) napadów** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Jeżeli tak, to proszę podać:rodzaj napadów:      wiek, w którym zaczęły się ataki:      nazwy podawanych leków:       |
|  | tak | nie | brak danych |  |
| **B) utraty specyficznych umiejętności ruchowych, takich jak utrzymanie pozycji stojącej, chodzenie, gibanie** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Jeżeli tak, to proszę opisać:       |
|  | tak | nie | pacjent jeszcze nie skończył 8 lat | brak danych |
| **C) mimowolnego moczenia nocnego lub brudzenia bielizny po ukończeniu 8 roku życia** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Jeżeli tak, to proszę opisać:       |
| **2.** | **Czy pacjent doznał kiedykolwiek urazu głowy prowadzącego do utraty przytomności lub wymagającego badania lekarskiego?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danychJeśli tak, proszę opisać te urazy:       |
| **3.** | **Czy pacjent kiedykolwiek miał przeprowadzaną tomografię komputerową lub obrazowanie rezonansem magnetycznym mózgu?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danych**Jeżeli tak, czy zostały one opisane jako nieprawidłowe?** [ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danych |
| ZABURZENIA UWAGI I NADPOBUDLIWOŚĆ PSYCHORUCHOWA |
| **1.** | **Czy pacjent był kiedykolwiek badany pod kątem zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADD / ADHD)?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danych**Jeśli tak, to kiedy przeprowadzono badania?**Wiek pacjenta w trakcie badania:      Data badania – dzień:      , miesiąc:      , rok:       |
| **2.** | **Czy pacjent był zdiagnozowany z ADD lub ADHD?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danych |
| **3.** | **Czy pacjent był kiedykolwiek leczony z powodu ADD lub ADHD?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danych**Jeśli tak, to jakie leki zastosowano?** |
| lek | dawka | wiek | reakcja | przyjmowany obecnie? |
|       |       |       |       | [ ]  tak [ ]  nie |
|       |       |       |       | [ ]  tak [ ]  nie |
|       |       |       |       | [ ]  tak [ ]  nie |
| PROBLEMY ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM |
| **1.** | **Czy pacjent był kiedykolwiek badany przez psychiatrę lub psychologa?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danych**Jeśli tak, to proszę podać następujące informacje:** |
| **A)**  | **Specjalizacja lekarza:** |
| Przyczyna badania:       |
| Rodzaj terapii (np. behawioralna, terapia indywidualna, terapia grupowa, terapia rodzinna, terapia farmakologiczna):       |
| Wiek w chwili uczestniczenia w terapii:       |
| Czy terapia pomogła?[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danychJeżeli tak, to w jaki sposób pomogła?       |
| **B)** | **Specjalizacja lekarza:** |
| Przyczyna badania:       |
| Rodzaj terapii (np. behawioralna, terapia indywidualna, terapia grupowa, terapia rodzinna, terapia farmakologiczna):       |
| Wiek w chwili uczestniczenia w terapii:       |
| Czy terapia pomogła?[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danychJeżeli tak, to w jaki sposób pomogła?       |
| **2.** | **Czy pacjent był kiedykolwiek badany z powodu zaburzeń nastroju (depresja, lęk, itd.) lub fobii?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danych**Jeśli tak, to kiedy przeprowadzono badania?**Wiek pacjenta w trakcie badania:      Data badania – dzień:      , miesiąc:      , rok:       |
| **3.** | **Czy pacjent był leczony farmakologicznie z powodu zaburzeń nastroju (depresja, lęk, itd.) lub fobii?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danych**Jeśli tak, to jakie leki zastosowano?** |
| lek | dawka | wiek | reakcja | przyjmowany obecnie? |
|       |       |       |       | [ ]  tak [ ]  nie |
|       |       |       |       | [ ]  tak [ ]  nie |
|       |       |       |       | [ ]  tak [ ]  nie |
| PROBLEMY W SZKOLE |
| **1.** | **Proszę wymienić wszystkie szkoły, do których chodził pacjent oraz ukończone klasy:** |
| Szkoła | Miejscowość | Zaliczone klasy | Otrzymane wykształcenie specjalne, nauczanie indywidualne, itd. |
| tak | nie | brak danych |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **2.** | **Jakie problemy w uczeniu ma pacjent?**       |
| **3.** | **Jakie problemy z zachowaniem ma pacjent?**      |
| NARAŻENIE NA ALKOHOL |
| **1.** | **Spożywanie alkoholu przez biologiczną matkę.** ***Prosimy o udzielenie wyczerpujących odpowiedzi. Informacje te są kluczowe dla postawienia diagnozy u pacjenta.*** |
| **Przed zajściem w ciążę:**- średnia liczba drinków podczas zaistniałej okazji:      - maksymalna liczba drinków podczas zaistniałej okazji:      - średnia liczba dni w tygodniu, kiedy pity był alkohol:      - rodzaj/e alkoholu: [ ]  wino[ ]  piwo [ ]  wódka [ ]  nieznany[ ]  inny alkohol (proszę określić jaki:      ) |
| **W trakcie ciąży:**- średnia liczba drinków podczas zaistniałej okazji:      - maksymalna liczba drinków podczas zaistniałej okazji:      - średnia liczba dni w tygodniu, kiedy pity był alkohol:      - rodzaj/e alkoholu: [ ]  wino[ ]  piwo [ ]  wódka [ ]  nieznany[ ]  inny alkohol (proszę określić jaki:      ) |
| **Trymestr/y ciąży, w trakcie którego / których spożywany był alkohol:**[ ]  1[ ]  2[ ]  3[ ]  brak danych |
|  | tak | nie | brak danych |
| **Czy kiedykolwiek zgłoszono, że biologiczna matka ma problem z alkoholem?** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Czy kiedykolwiek zdiagnozowano alkoholizm u biologicznej matki?** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Czy biologiczna matka była leczona z powodu uzależnienia od alkoholu?** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Jeśli brak jest danych dotyczących powyższych pytań, prosimy o wszelkie informacje, które mogą pomóc w określeniu poziomu spożywania alkoholu przez matkę podczas ciąży:**      **Jakie jest źródło powyższych informacji na temat spożycia alkoholu?**       |
| **Czy biologiczna matka przyjmowała którąkolwiek z poniższych substancji podczas ciąży?** |
| tak | nie | brak danych | rodzaj | wymienić konkretne substancje | miesiąc/e ciąży |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | **narkotyki** |       |       |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | **tytoń** |       |       |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | **leki** |       |       |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | **promieniowanie rtg** |       |       |
| INFORMACJE NA TEMAT BIOLOGICZNYCH RODZICÓW PACJENTA |
| **1.** | **Informacje na temat biologicznej matki:**imię: drugie imię: nazwisko: data urodzenia – dzień:      , miesiąc:     , rok:      zdobyty poziom wykształcenia (ostatnia ukończona klasa):      czy matka miała problemy w nauce?      wiek przy porodzie pacjenta:      adres zamieszkania biologicznej matki:województwo:      powiat:      miejscowość:      ulica:      numer budynku:      numer mieszkania:      kiedy miał miejsce ostatni kontakt z biologiczną matką?       |
| **2.** | **Informacje na temat biologicznego ojca:**imię: drugie imię: nazwisko: data urodzenia – dzień:      , miesiąc:     , rok:      zdobyty poziom wykształcenia (ostatnia ukończona klasa):      czy ojciec miał problemy w nauce?      wiek przy porodzie pacjenta:      adres zamieszkania biologicznego ojca:województwo:      powiat:      miejscowość:      ulica:      numer budynku:      numer mieszkania:      kiedy miał miejsce ostatni kontakt z biologicznym ojcem?       |
| HISTORIA ZDROWIA BIOLOGICZNYCH RODZICÓW |
| **1.** | **Czy ktoś z biologicznej rodziny pacjenta cierpiał kiedykolwiek z powodu poniższych schorzeń? *Zaznaczyć właściwe.*** |
|  | biologiczna matka | biologiczny ojciec | rodzina matki | rodzinaojca | rodzeństwo pacjenta |
| alkoholizm | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| wady wrodzone | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| poród martwego płodu | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| poronienie | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| niedorozwój umysłowy | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| inne wady rozwojowe | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| zaburzenia w uczeniu się | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| zaburzenia uwagi | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| nadpobudliwość | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| epilepsja | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| choroba neurologiczna | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| maltretowanie dziecka | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| depresja | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| samobójstwo | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| choroba psychiczna | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| problemy ze wzrokiem | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| problemy ze słuchem | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| inne choroby przewlekłe | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| zespół Tourette’a | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| przestępczość | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| wszelkie specyficzne schorzenia genetyczne | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| inne (jakie?      ) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| CIĄŻE BIOLOGICZNEJ MATKI |
| **1.** | **Proszę wymienić wszystkie ciąże biologicznej matki, włączając poronienia i aborcje w porządku chronologicznym.** |
| rok | długość ciąży | pierwsze imię dziecka *(jeśli dotyczy)* | urodzone dzieci żywe | prawidłowo rozwinięte | jeśli nieprawidłowo, wyjaśnić*(w tym diagnoza FAS / FAE jeśli rozpoznano)* |
| tak | nie | tak | nie |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| *Wypełnia pracownik Regionalnego Punktu Diagnozy i Terapii FAS/FASD:* |
| całkowita liczba porodów: | łącznie ciężkość porodu: | liczba porodów w przypadku pacjenta: | ciężkość porodu pacjenta: | rozpoznanie FASD: |
|       |       |       |       |       |
| CIĄŻA, PORÓD I NARODZINY PACJENTA |
| **1.** | **Czy w trakcie ciąży biologicznej matki wystąpiły jakieś trudności?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danychJeśli tak, proszę opisać te trudności:       |
| **2.** | **Czy biologiczna matka otrzymywała opiekę prenatalną?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danych |
| **3.** | **Czy w trakcie porodu wystąpiły jakieś komplikacje?**[ ]  tak [ ]  nie [ ]  brak danychJeśli tak, proszę wyjaśnić:       |
| **4.** | **Czy poród odbył się:**[ ]  drogą naturalną [ ]  przez cesarskie cięcie [ ]  brak danychPowód cesarskiego cięcia, jeżeli zostało wykonane:       |
| **5.** | **Gdzie urodził się pacjent?**szpital:      miasto:      województwo:       |
| **6.** | **Skala Apgar:**w 1. minucie:      w 3. minucie:      w 5. minucie:      w 10. minucie:       |
| **7.** | **Ile dni noworodek pozostał w szpitalu, w którym się urodził?**      dni |
| **8.** | **Czy w trakcie pobytu w szpitalu pacjenta wystąpiły poniższe problemy?** |
|  | tak | nie | brak danych |  |
| problemy z karmieniem | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| bezdech / trudności z oddychaniem | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| konieczny był dodatkowy tlen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| infekcje | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| żółtaczka | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| drgawki | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| inne problemy (*jakie?*      ) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| WYKAZ LEKARZY OBECNIE ZAANGAŻOWANYCH W OPIEKĘ NAD PACJENTEM |
| **1.** | **Lekarz pierwszego kontaktu / lekarz rodzinny:**imię: nazwisko: adres: telefon:  |
| **2.** | **Konsultanci ds. zdrowia psychicznego (w tym psychiatrzy i psychologowie):**imię:      nazwisko:      specjalizacja:      adres:      telefon:       |
| imię:      nazwisko:      specjalizacja:      adres:      telefon:       |
| imię:      nazwisko:      specjalizacja:      adres:      telefon:       |
| **3.** | **Szkoła:**imię:      nazwisko:      adres:      telefon:      osoba kontaktowa *(np. nauczyciel, pielęgniarka, opiekun itp.)*:       |
| MIEJSCA POBYTU PACJENTA |
| **1.** | **Wykaz wszystkich miejsc pobytu pacjenta od urodzenia do chwili obecnej:** |
| rodzaj miejsca pobytu (tzn. rodzina zastępcza, adopcyjna, itd.) | czas pobytu | wiek pacjenta, kiedy zaczął się pobyt |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| *Wypełnia pracownik Regionalnego Punktu Diagnozy i Terapii FAS/FASD:* |
| *łącznie miejsc pobytu:* | *pierwszy pobyt:* | *ostatni pobyt:* |
| **2.** | **Jak długo pacjent przebywa pod Państwa opieką?**      |
|  CO PRZYNIEŚĆ ZE SOBĄ DO PORADNI? |
|  | **Jeżeli pacjent w przeszłości był poddawany poniższym badaniom, proszę przynieść wyniki do poradni w wyznaczonym dniu wizyty. Informacje te są niezbędne w trakcie badania diagnostycznego:*** zdjęcia twarzy pacjenta od urodzenia do 12 roku życia, bez uśmiechu;
* dokumentację medyczną potwierdzającą występowanie problemów, o których mowa powyżej;
* informacje o wynikach w nauce, w tym:
	+ wyniki testów osiągnięć naukowych,
	+ testy IQ,
	+ wyniki testów językowych,
	+ wyniki testów sprawdzających umiejętności społeczne,
	+ wyniki testów behawioralnych,
	+ wyniki testów psychologicznych;
* wyniki testów rozwojowych, w tym:
	+ rozwój ruchowy (motoryka mała i duża),
	+ wyniki terapii zajęciowej,
	+ wyniki testów psychologicznych (poznawcze).
 |