ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI NOWEGO PACJENTA

*Proszę uzupełnić szare pola*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DANE PACJENTA | | |
| **1.** | **Dane identyfikujące pacjenta:**  imię:  drugie imię:  nazwisko:  płeć:  kobieta  mężczyzna  numer 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:       kg  wzrost:       cm  obwód głowy:       cm | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | **Data – dzień:      , miesiąc:      , rok:**  waga:       kg  wzrost:       cm  obwód głowy:       cm | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.** | **Data – dzień:      , miesiąc:      , rok:**  waga:       kg  wzrost:       cm  obwód głowy:       cm | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.** | **Data – dzień:      , miesiąc:      , rok:**  waga:       kg  wzrost:       cm  obwód 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 danych  Jeśli 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 danych  Jeśli 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 danych  Jeżeli 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 danych  Jeżeli 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 | | | | | | | | | rodzina  ojca | | | | | | | | | | | 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 danych  Jeśli 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 danych  Jeśli tak, proszę wyjaśnić: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.** | **Czy poród odbył się:**  drogą naturalną  przez cesarskie cięcie  brak danych  Powód 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). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |