



KWESTIONARIUSZ DZIECKA ZGŁOSZONEGO DO ŚCZP dim

DANE DEMOGRAFICZNE

Imię i Nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia:.....Wiek:.....

Masa ciała: Wzrost:.....

INFORMACJE NA TEMAT CIĄŻY I PORODU (Z KSIĄŻECZKI ZDROWIA DZIECKA)

Wiek matki w czasie porodu:.....Wiek ojca w czasie porodu.....

Czy występowały kłopoty z zajściem w ciążę: TAK NIE

Która była to ciąża z kolei?:

Czy rozród był wspomagany: NIE TAK in vitro TAK inseminacja TAK inne

Czy występowały poronienia: TAK NIE

Czy w ciąży stosowane były leki: TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać jakie, w jakich dawkach i w którym okresie ciąży:

.....
.....

Czy w ciąży występowały plamienia lub krwawienia: TAK NIE

Jeżeli tak, to w którym miesiącu:.....



Czy w ciąży wystąpiły poważne urazy: TAK NIE

Jeżeli tak, to w którym miesiącu:.....

Czy matka w ciąży przechodziła infekcje: TAK NIE

Jeżeli tak, to jakie, w którym miesiącu i jakie leczenie zostało zastosowane:

.....
.....

Czy w czasie ciąży stwierdzono u matki (proszę zakreślić właściwe):

cukrzycę nadciśnienie cholestazę inne:.....

Poród odbył się w tygodniu ciąży:.....

Poród odbył się (proszę zakreślić właściwe):

siłami natury cięciem cesarskim z próżnociągami (vacuum) kleszczami

Liczba punktów w skali Apgar po urodzeniu, wynik całościowy dziecka:.....

Masa ciała noworodka: Długość noworodka:..... Obwód głowy:.....

Obwód klatki piersiowej.....

Czy dziecko przebywało po urodzeniu w inkubatorze: TAK NIE

Jeżeli tak, to dlaczego:.....

Czy noworodek przechodził żółtaczkę: TAK NIE

Jaki był poziom bilirubiny u dziecka (i w której dobie życia):.....

Czy wystąpiły powikłania lub urazy okołoporodowe: TAK NIE

Jeśli tak to jakie:.....

STAN ZDROWIA DZIECKA

Przebyte poważne choroby, kiedy jakie:.....

.....
.....
.....
.....



Utraty przytomności:.....

Drgawki:.....

Urazy głowy z podejrzeniem wstrząsu mózgu.....

Inne urazy.....

Alergie.....

Zabiegi.....

Hospitalizacje, kiedy, gdzie, z jakiego
powodu:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Szczepienia:

Dieta :	bezglutenowa	TAK	NIE
	bezmleczna	TAK	NIE
	bezcukrowa	TAK	NIE



OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Czy i kiedy dziecko było konsultowane przez: (jeżeli tak to z jakiego powodu)

- neurologa TAK NIE.....
- laryngologa TAK NIE.....
- okulisty TAK NIE.....
- alergologa TAK NIE.....
- psychiatrę TAK NIE.....
- innego specjalistę TAK NIE.....
- w PPP TAK NIE.....

Czy dziecko aktualnie zażywa leki/ witaminy/suplementy? TAK NIE

Jeśli tak to jakie:.....

Czy dziecko posiada orzeczenie z PPP: TAK NIE.....

Czy dziecko posiada diagnozę:

Całościowych zaburzeń rozwoju (autyzm, autyzm atypowy, Zespół Aspergera): TAK NIE

Niepełnosprawności intelektualnej: TAK NIE

AKTUALNE BADANIA LEKARSKIE

BADANIE	TAK	NIE	DATA	WYNIK/ZALECENIA
Morfologia				
Elektrolity				
Próby wątrobowe				
Glukoza				
Mocznik/kreatynina				



Hormony tarczycy (TSH, fT3, fT4)				
Poziom vit. D3				
IgE całkowite				
Badanie moczu				
Pasożyty				
Candida				
Badanie metaboliczne				
Badanie genetyczne				
Badanie słuchu/jakie?				
Badanie dna oka				
EEG				
TK/MRI				

Inne:

Data:

.....

Podpis opiekuna prawnego:

.....