

Miejscowość, data:.....

PACJENT (imię i nazwisko)

.....lat

PESEL:

Wywiad wypełniany jest przez: Ojca / Matkę / Opiekuna / Inną osobę (* właściwe zakreślić)

Imię i nazwisko Osoby wypełniającej formularz:

GLÓWNE PROBLEMY

Jakie problemy aktualnie występują u Dziecka? Jaki jest powód wizyty?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przez kogo Dziecko jest kierowane pod opiekę / na diagnostykę psychiatryczną? : (np. Rodzic / Opiekun, Szkoła, Psycholog, Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna...)

.....

STAN PSYCHICZNY i dotychczasowa opieka :

- **psychologiczna** (gdzie? od kiedy/jak długo? z jakimi rozpoznaniem?)

.....

.....

.....

.....

- **psychiatryczna dzieci i młodzieży** (gdzie? u jakiego lekarza? od kiedy/jak długo? jakie były/są postawione rozpoznania?)

.....

.....

.....

.....

- jeśli Dziecko jest **leczone psychiatrycznie farmakologicznie**, proszę wpisać nazwy leków i aktualne dawkowanie; jeśli jakieś leki w przeszłości były źle tolerowane / odstawione też proszę opisać)

.....

.....

.....

.....

- **Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna** (od kiedy Dziecko jest pod opieką PPP? czy posiada już jakieś opinie lub orzeczenia z PPP? jakie?)

.....

.....

Przebyte **hospitalizacje psychiatryczne** (data? w jakim szpitalu i z jakim rozpoznaniem?)

.....

.....

.....

.....

STAN ZDROWIA

Czy Dziecko jest też pod opieką innych Poradni Specjalistycznych? (jakich? *np. Neurologiczna, Logopedyczna...* z jakiego powodu?)

.....

.....

.....

.....

.....

Inne leki (jeśli Dziecko jest leczone farmakologicznie innymi lekami, proszę o wpisanie leków):

.....

.....

.....

Dotychczasowe inne hospitalizacje (proszę wymienić najważniejsze, Oddział? rozpoznanie?):

.....

.....

.....

BADANIA wykonane do tej pory (rok? jaki był wynik?):

EKG (elektrokardiografia - serce) -

.....

EEG (elektroencefalografia - głowa) -

.....

TK (tomografia komputerowa głowy) / RM (rezonans magnetyczny głowy) -

.....

Urazy głowy w przeszłości (były? rok? powikłania? / nie było?):

.....

WYWIAD OKOŁOPORODOWY

ciąża (proszę wpisać która ciąża? czy były jakieś problemy w ciąży? czy były zażywane leki?):

.....

poród (który poród? czy były jakieś problemy przy porodzie? siłami natury czy cięcie cesarskie?):

.....

.....

Ile punktów Apgar otrzymało Dziecko przy porodzie?:

.....

Okres noworodkowy (czy były jakieś problemy zdrowotne?) -

.....

.....

Karmienie piersią (było? jak długo, do którego miesiąca?) -

Rozwój psychoruchowy (kiedy obserwowano po raz pierwszy...? *który miesiąc / rok? **):

.....

- siadanie:
- raczkowanie:
- chodzenie:
- pierwsze słowo:
- pierwsze proste zdanie:
- zakończenie treningu czystości:

* JEŚLI WSZYSTKO PRZEBIEGAŁO PRAWIDŁOWO → można zaznaczyć tylko: O CZASIE ☐

EDUKACJA (od którego roku życia? jeśli były w żłobku problemy, proszę opisać):

Żłobek -

.....

Przedszkole - (od którego roku życia? jak funkcjonowało dziecko? czy były jakieś problemy?) -

.....

Kl. "0" (w którym roku życia była „zerówka”? „zerówka” w szkole czy przedszkolu? problemy?) -

.....

Klasy 1-3 (jak funkcjonowało Dziecko? czy były jakieś problemy?) -

.....

Obecna klasa : (w której Dziecko jest obecnie klasie? czy są teraz jakieś problemy w szkole?):

.....

WYWIAD RODZINNY

Kto sprawuje opiekę nad Dzieckiem? Rodzic(e) / Opiekunowie * właściwe podkreślić

.....

Rodzice biologiczni:

	wiek (lat)	wykształcenie	praca/stanowisko	stan zdrowia
Matka				
Ojciec				

Małżeństwo / Związek partnerski * (proszę podkreślić właściwe)

od ilu lat?

zgodni / niezgodni wychowawczo * (proszę podkreślić właściwe)

- ewentualne inne problemy:

.....

* Jeżeli Dziecko pozostaje pod opieką Opiekunów prawnych, proszę napisać: od kiedy? oraz inne

ważne okoliczności, jeżeli nie wymieniono wyżej:

.....

Czy wobec Dziecka toczą się jakieś postępowania Sądowe?

.....

Kto mieszka w domu? :

.....

Warunki mieszkaniowe:

.....

Inne istotne osoby w wychowaniu Dziecka:

.....

Rodzeństwo (proszę wymienić wpisując: imię, wiek i stan zdrowia)

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

WYWIAD CHOROBY

Czy ktoś w rodzinie chorował na choroby psychiczne? (kto i z jakimi rozpoznaniem? / proszę podać stopień pokrewieństwa z Dzieckiem)

.....

.....

.....

.....

Uzależnienia? (Dziecko? członkowie Rodziny?)

.....

.....

Inne ważne informacje:

.....

.....

.....

.....

*Uprzejmie dziękuję za wypełnienie wywiadu!
- Specjalista psychiatra dzieci i młodzieży, lek. Janina Małkowska*