

LongiKid© anamnézis

Szülői kérdőív

Gyermek neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Születés gesztációs hete: _____

Gyermek kora: _____ (év, hónapban megadva)

Vizsgálat időpontja: _____

Vizsgáló neve: _____

Fejlődési probléma (ha van): _____

Probléma, amivel jelentkeztek a vizsgálatra: _____

Anya neve: _____

Anyja leánykori neve: _____

Telefon: _____

E-mail cím: _____

Lakcím: _____

A jegyzet tartalmát szerzői jogok védik, amelyeknek értelmében a tartalom minden engedély nélküli használata szerzői jogi, büntetőjogi és polgári jogi következményekkel jár.

	Anya adatai	Apa adatai
Életkor		
Legmagasabb iskolai végzettség	<input type="checkbox"/> Elemi iskola (6 osztály) <input type="checkbox"/> Általános iskola (8 osztály) <input type="checkbox"/> Szakmunkásképző, szakiskola (érettségi nélkül) <input type="checkbox"/> Érettségi <input type="checkbox"/> Főiskola <input type="checkbox"/> Egyetem <input type="checkbox"/> Doktorátus, posztgraduális szakképzés	<input type="checkbox"/> Elemi iskola (6 osztály) <input type="checkbox"/> Általános iskola (8 osztály) <input type="checkbox"/> Szakmunkásképző, szakiskola (érettségi nélkül) <input type="checkbox"/> Érettségi <input type="checkbox"/> Főiskola <input type="checkbox"/> Egyetem <input type="checkbox"/> Doktorátus, posztgraduális szakképzés
Foglalkozás	_____	_____
Kapcsolati státusz	<input type="checkbox"/> Nőtlen/hajadon, egyedül élő <input type="checkbox"/> Élettársi kapcsolatban élő <input type="checkbox"/> Házasságban élő <input type="checkbox"/> Özvegy	
Testvérek	Testvér 1: neme: _____ életkora: _____ (évben és hónapban megadva) Testvér 2: neme: _____ életkora: _____ Testvér 3: neme: _____ életkora: _____	
Család szerkezet	Kikkel él a gyermek egy háztartásban? _____ Hány eltartó? _____ Hány eltartott? _____	

Fogantatás körülményei	Szülés körülményei
<p>Terhességek száma: _____ db</p> <p>Szülések száma: _____ db</p> <p>Abortusz:</p> <p><input type="checkbox"/> Nem volt</p> <p><input type="checkbox"/> Spontán: _____ db</p> <p><input type="checkbox"/> Művi: _____ db</p>	<p>Szülés beindulása</p> <p><input type="checkbox"/> Magától indultak a fájások</p> <p><input type="checkbox"/> Burokrepesztéssel indultak a fájások</p> <p><input type="checkbox"/> Oxitoncintól indultak a fájások</p> <p><input type="checkbox"/> Egyéb: _____ (burokrepedéssel, vérzéssel stb.)</p>
<p>Tervezték-e a gyermeket?</p> <p><input type="checkbox"/> Igen</p> <p><input type="checkbox"/> Nem</p> <p>Orvos szerint a terhesség:</p> <p><input type="checkbox"/> Normál (alacsony kockázatú)</p> <p><input type="checkbox"/> Veszélyeztetett (magas kockázatú)</p>	<p>Szülés módja</p> <p><input type="checkbox"/> Hüvelyi úton</p> <p><input type="checkbox"/> Császármetszés</p> <p><input type="checkbox"/> Programozott császármetszés</p> <p>Vajúdás hossza: _____ óra</p> <p>Kitolási szakasz hossza: _____ óra</p>
<p>Beavatkozások</p> <p><input type="checkbox"/> Nem volt</p> <p><input type="checkbox"/> Hormonkezelés</p> <p><input type="checkbox"/> Insemináció</p> <p><input type="checkbox"/> Lombik</p> <p><input type="checkbox"/> Egyéb: _____</p>	<p>Beavatkozások:</p> <p><input type="checkbox"/> Nem volt</p> <p><input type="checkbox"/> Fogó</p> <p><input type="checkbox"/> Vákuum</p> <p><input type="checkbox"/> Hasprés</p> <p><input type="checkbox"/> Gátmetszés</p> <p><input type="checkbox"/> Egyéb: _____</p>
<p>Újszülöttkor adatok</p> <p>Gesztációs hét: _____</p> <p>Súly: _____ gramm</p> <p>Hossz: _____ cm</p> <p>Fejkörfogat: _____ cm</p> <p>APGAR értékek: _____</p>	<p>Alkalmazott gyógyszerek szülés alatt:</p> <p><input type="checkbox"/> Nem volt</p> <p><input type="checkbox"/> Fájdalomcsillapítás</p> <p><input type="checkbox"/> Helyi érzéstelenítés</p> <p><input type="checkbox"/> Oxitocin</p> <p><input type="checkbox"/> Epidurál</p> <p><input type="checkbox"/> Antibiotikum</p> <p><input type="checkbox"/> Egyéb (narkotikum stb): _____</p>

Kérjük, tegyen X-et a megfelelő rubrikába!
 Ha valamelyik kérdésnél bizonytalan, akkor kérjük, hagyja üresen!
A szürke részeket a vizsgáló tölti ki!

Problémák a terhesség alatt	Volt	Nem volt	Megjegyzés	1	2	3
Vérzés						
Görcsök						
Hányás						
Fertőzés						
Antibiotikus kezelés				-	-	-
Terhességi cukorbetegség						
Terhességi magas vérnyomás						
Toxémia				-	-	-
Méhszájkinyílás						
Magas láz						
Anyagcsere-zavarok						
Toxoplazmózis						
Kémiai ártalmak						
Ikerterhesség						
Magzati problémák	Volt	Nem volt	Megjegyzés	1	2	3
Köldökszinór probléma						
Méhlepény probléma						
Magzatvíz problémák						
Nem nőtt a magzat						
Ultrahangos gyanújelek						
Egyéb						
Újszülöttkori problémák	Volt	Nem volt	Megjegyzés	1	2	3
Besárgulás						
Szülés utáni alkalmazkodási probléma						
Fertőzés						
Oxigénhiányos állapot						
Koponyasérülés						
Csonttörés						
Szemproblémák						
Egyéb						

Genetika kérdések	Volt	Nem volt	Megjegyzés
Idegrendszeri/tanulásprobléma			
Pszichés/pszichiátriai			
Érzékszervi probléma (gyerek-kori szemüveg, hallás)			
Belgyógyászati probléma			

Vizsgálatok	Eredmények	Hány éves volt a gyermek?
1. Szemészeti szűrések:		
<input type="checkbox"/> Első szűrés: 1-1,5 éves korban		
<input type="checkbox"/> Második szűrés: 3 éves korban		
<input type="checkbox"/> Harmadik szűrés: 6-7 éves korban		
2. Hallásvizsgálat		
3. Orthopédia		
<input type="checkbox"/> Csípőszűrés		
<input type="checkbox"/> Egyéb orthopédiai vizsgálat		
4. Koponya UH		
5. Hasi UH		
6. Neurológia		
7. Egyéb szakrendelés		
8. Szakértői bizottságok		
9. Egyéb fejlődépszichológiai vizsgálatok		
10. Egyéb		

GYERMEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

Volt-e/van-e gyermeküknek valamilyen tartós, vagy átmeneti betegsége?

Tartós betegség:

Átmeneti betegségek (megtől-meddig):

Fejlődés probléma:

Kórházban volt-e a gyermek? Igen Nem

Mi miatt?

Hány napig? _____

Betegségek:

- a. Gyakori gyulladásos betegségek (fülgulladás, egyéb gyulladásos megbetegedések).
- b. Gyermekbetegségek pl.: himlő, skarlát
- c. Allergia: ételallergia, ételintolerancia
- d. Egyéb

Fejlesztések

Megjegyzési rovatba a vizsgálónak be kell jelölnie azt az időszakot, amikor a gyermek az adott fej-lesztésben részesült és meg kell jelölnie az adott terápia rendszerességét.

- a. Kognitív fejlesztés
- b. Szenzomotoros fejlesztés
- c. Logopédia
- d. Gyógytorna
- e. Egyéb

Kérjük jelölje be, ha előfordult-e probléma a következő területek valamelyikén!

- jelölje meg azt a hónapot, amikor a problémát észlelték
- Írja le címszavakban a problémát
- Jelölje be, milyen súlyosnak élte meg a problémát!
 - 1: enyhe: észleltünk problémát, de nem zavarta a mindennapjainkat
 - 2: zavaró, de nem okoz(ott) zökkenőt a mindennapokban
 - 3: közepesen súlyos: megterhel(t) minket, de meg tudunk vele bírkozni
 - 4: súlyos: megterhel minket, és nehezen bírkozunk vele, kizökkenti a mindennapokat
 - 5: nagyon súlyos: tehetetlenek vagyunk, teljesen beárnyékolja a mindennapjainkat

Problémás pontok									
Probléma típusa	Volt	Mikor kezdődött	Mikor lett vége	Mi volt a probléma lényege	1	2	3	4	5
Elalvás									
Éjszakai átalvás									
Nyűgösködés éjjel									
Nyűgösködés nappal									
Sírás									
Megnyugtathatóság									
Szopás/szoptatás									
Evés/Etetés									
Gyarapodás									
Emésztési/ kiválasztási probléma (hasfájós, puki, stb).									
Fürdetés									
Pelenkázás Öltöztetés Játék									
Mozgékony-ság/aktivitás									
Önálló akarat									
Figyelem									

Volt-e olyan terület, ami nem szerepelt, mégis problémásnak vélték?

Probléma típusa	Nem volt	Volt	Mettől meddig (ÉK)	Megjegyzés (ide írja le röviden, hogy mi volt a probléma lényege)	1	2	3	4	5

A következőkben kérdéseket fogunk feltenni a gyermeke mozgásfejlődésével kapcsolatban.

Ha rögzítette az egyes mozgásformák pontos megjelenésének az idejét (babanapló), akkor kérjük, írja be az első oszlopba, ha nem, akkor hagyja üresen!

Ha bizonytalan, hogy az adott mozgásforma pontosan mikor jelent meg, akkor is tippeljen, csak ebben az esetben a táblázat utolsó oszlopában jelölje be a tippeltem rubrikát!

Ha teljesen bizonytalan a mozgás megjelenését illetően, akkor húzza alá a „nincs adat” kategóriát.

Amennyiben bármilyen kérdése merülne fel, akkor tegyen a megfelelő helyre egy kérdőjelet és a vizsgáló/terapeutával személyesen is megbeszélhesse!

Mozgásfejlődési állomások megjelenése								Tippeltem
Fejemelés ülésbehúzásnál	__hó	1-2 hó között	2-3 hó között	3-5 hó között	5 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem	nincs adat	<input type="checkbox"/>
Hasonfekve kitámasztás könyök és alkartámasszal	__hó	2-3 hó között	3-4 hó között	4-6 hó után	6 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem <input type="checkbox"/> Kimaradt	nincs adat	<input type="checkbox"/>
Fordulás hátról hasra	__hó	2-3,5 hó között	3,5-5 hó között	5-7 hó között	7 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem <input type="checkbox"/> Kimaradt	nincs adat	<input type="checkbox"/>
Hasról hátra	__hó	2-3,5 hó között	3,5-5 hó között	5-7 hó között	7 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem <input type="checkbox"/> Kimaradt	nincs adat	<input type="checkbox"/>
Fordulás iránya	Mindkét irányba		Jellemzően egy irányba		Csak egy irányba		nincs adat	<input type="checkbox"/>
Gurulás	__hó	4-5 hó között	5-7 hó között	7-9 hó között	9 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem <input type="checkbox"/> Kimaradt	nincs adat	<input type="checkbox"/>
Gurulás iránya	Mindkét irányba		Jellemzően egy irányba		Csak egy irányba		nincs adat	<input type="checkbox"/>
Kúszás	__hó	5-6 hó között	6-8 hó között	8-9 hó között	9 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem <input type="checkbox"/> Kimaradt	nincs adat	<input type="checkbox"/>
Négykézláb állás	__hó	6-7 hó között	7-8 hó között	8-10 hó között	10 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem <input type="checkbox"/> Kimaradt	nincs adat	<input type="checkbox"/>
Mászás	__hó	6-7 hó között	7-9 hó után	9-11 hó között	11 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem <input type="checkbox"/> Kimaradt	nincs adat	<input type="checkbox"/>
Önálló ülés	__hó	5-7 hó között	7-9 hó között	9-11 hó között	11 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem <input type="checkbox"/> Kimaradt	nincs adat	<input type="checkbox"/>
Állásba húzódkodás	__hó	7-9 hó között	9-11 hó között	11-14 hó között	14 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem	nincs adat	<input type="checkbox"/>
Bútorba kapaszkodva oldalra lépegetés	__hó	7-9 hó között	9-12 hó között	12-14 hó között	14 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem	nincs adat	<input type="checkbox"/>
Önálló járás	__hó	10-12 hó között	12-13 hó között	13-18 hó között	18 hó után	<input type="checkbox"/> Még nem	nincs adat	<input type="checkbox"/>