**Vstupný dotazník k neurovývinovým a neurostimulačným terapiám**

Prosím Vás vyplňte dotazník – priamo vpisujte pod otázky. Uveďte všetky relevantné podrobnosti, ku kladne odpovedaným otázkam dajte príklad, ak je to vhodné Prípadne doplňte vek, kedy ste uvedené pozorovali.

**Meno dieťaťa:**

**Dátum narodenia:**

**Dátum vyplnenia:**

**Rodič/zákonný zástupca:**

**Mobil:**

**Email:**

**Bydlisko:**

Ja, ……………………………………………………….......…....(meno) beriem na vedomie, že rozsah poskytovaných informácií nie je povinný a prehlasujem, že tieto informácie poskytujem dobrovoľne.

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

podpis

Malo dieťa niekedy diagnostikovanú dyslexiu, dyspraxiu, ADHD, ADD? Inú diagnózu?

Užíva vaše dieťa v súčasnosti nejaké predpísané lieky? Ak áno, uveďte aké:

Aké vyšetrenia/intervencie podstúpilo vaše dieťa v minulosti?

Aké sú súčasné príznaky?

**1. časť – Neurológia**

**HISTÓRIA DETSTVA**

1. Vyskytli sa u rodičov alebo príbuzných dieťaťa ťažkosti s učením alebo psychické problémy?

Áno/Nie

1. Bolo vaše dieťa počaté metódou umelého oplodnenia? Áno/Nie
2. Mali ste počas tehotenstva nejaké zdravotné ťažkosti (napr. vysoký krvný tlak, nadmerné zvracanie, riziko potratu, závažnú vírusovú infekciu, ťažký emocionálny stres)? Áno/Nie

Prosím, uveďte aké:

a) Fajčili ste počas tehotenstva? Áno/Nie

b) Požívali ste počas tehotenstva alkohol? Áno/Nie

c) Prekonali ste počas prvých 13-tich týždňov tehotenstva nejakú

závažnú vírusovú infekciu? Áno/Nie

d) Prežili ste ťažký emocionálny stres kedykoľvek počas

tehotenstva, ale hlavne v prvých 12-tich týždňoch? Áno/Nie

e) cítili ste dostatočne pohyby plodu Áno/Nie

1. Narodilo sa vaše dieťa predčasne či oneskorene? Áno/Nie
2. Prebehol pôrod v akomkoľvek zmysle neobvykle, alebo s ťažkosťami (príliš rýchly /dlhý, vyvolávaný, sekciou, použitie klieští, vákuového extraktora, epidurálu)?

Áno/Nie

Ak áno, uveďte, prosím, podrobnosti:

1. Bolo otočené hlavičkou dolu? Áno/Nie
2. Bolo vaše dieťa po narodení malé vzhľadom na dĺžku tehotenstva? Áno/Nie

Uveďte, prosím, pôrodnú váhu dieťaťa, ak je známa:

1. Keď sa vaše dieťa narodilo, bolo u neho niečo neobvyklého (napr. deformovanú lebku, závažné podliatiny, zmodranie pokožky, ťažkú novorodeneckú žltačku alebo bola z nejakého iného dôvodu potrebná intenzívna starostlivosť) ?

Áno/Nie

1. Malo vaše dieťa v prvých 13-tich týždňoch života ťažkosti s dojčením, kŕmením, udržaním potravy alebo kolikou? Áno/Nie
2. Bolo vaše dieťa v prvých 6-tich mesiacoch života také pokojné dojča, že ste sa zľakli syndrómu náhleho úmrtia dojčaťa? Áno/Nie
3. Bolo vaše dieťa v období medzi 6. a 18. mesiacom života veľmi aktívne a na pozornosť náročné dieťa, ktoré málo spávalo a neustále kričalo? Áno/Nie
4. Keď vaše dieťa dosiahlo vek, že sedelo v kočíku alebo sa postavilo v postieľke, hojdalo sa tak silno až sa celý kočík alebo postieľka hýbali? Áno/Nie
5. Búchalo si vaše dieťa hlavu o stenu, tĺklo zámerne hlavou do pevných predmetov?

Áno/Nie

1. Naučilo sa vaše dieťa chodiť skoro (pred 10. mesiacom života) alebo neskoro (po 16. mesiaci života)? Áno/Nie

1. Prešlo vaše dieťa pohybovou vývinovou fázou plazenia na bruchu („vojenské“ plazenie)?

Áno/Nie

1. Prešlo vaše dieťa pohybovou vývinovou fázou štvornožkovania? Áno/Nie

1. Prekonalo vaše dieťa v prvých 18-tich mesiacoch života nejaké ochorenie, ktoré bolo sprevádzané vysokými teplotami a/alebo kŕčmi? Áno/Nie
2. Malo dieťa niekedy príznaky detského ekzému, astmy, alergie? Áno/Nie
3. Malo niekedy nepriaznivú reakciu na detské očkovania? Áno/Nie
4. Bolo pre vaše dieťa ťažké naučiť sa obliekať, a to/alebo hlavne/ po nejakej chorobe?

Áno/Nie

1. Cmúľalo vaše dieťa cumlík/palec príliš dlho, ohrýzalo si nechty, hrýzlo časti oblečenia (lem trička) alebo pomôcky? Áno/Nie
2. Pomočovalo sa vaše dieťa v noci, hoci aj občas, po 5. roku života? Áno/Nie
3. Trpí vaše dieťa nevoľnosťou pri cestovaní, vo výťahoch, na kolotočoch? Áno/Nie
4. Odmieta/lo niektoré typické detské hry najmä lezenie po preliezačkách, hojdačky?

Áno/Nie

1. Je alebo bolo vaše dieťa, v porovnaní s ostatnými v rovnakom veku, nemotorné – vráža do vecí, zakopáva, nechtiac rozbíja, rozlieva? Áno/Nie
2. Bolo alebo je príliš úzkostné, bojazlivé, má nezvyčajné obavy, strachy? Áno/Nie
3. Vníma pachy intenzívnejšie, než je bežné (komentuje často smrad, voňavky, alebo ovoniava veci) resp. niekedy v minulosti sa to vyskytlo? Áno/Nie
4. Je alebo bolo vyberavé v jedle? Áno/Nie
5. Je citlivé na svetlo, komentuje neónky, zhasína svetlá? Áno/Nie
6. Má citlivé telo / pokožku (odmieta niektoré oblečenie, materiály, krémovanie, strihanie nechtov/vlasov)? Áno/Nie
7. Zľakne sa prehnane pri náhlom, neočakávanom hluku alebo pohybe? Áno/Nie
8. Bolo pre neho ťažké naučiť sa bicyklovať prípadne pretrvávajú nejaké problémy pri zvládnutí napr. zákrut? Áno/Nie
9. Má vaše dieťa ťažkosti s chytaním lopty, teda s koordináciou „oko-ruka“? Áno/Nie

**ŠKOLSKÁ DOCHÁZKA**

1. Keď vaše dieťa začalo navštevovať základnú školu, malo v prvých dvoch ročníkoch ťažkosti s učením čítania? Áno/Nie

1. Malo vaše dieťa v prvých 2 rokoch školskej dochádzky ťažkosti s učením písania?

Áno/Nie

Malo ťažkosti so spájaním písmen alebo písaným písmom?

1. Má ťažkosti urobiť kotrmelec/mlynské kolo? Áno/Nie
2. Bolo pre vaše dieťa náročné naučiť sa rozoznávať čas na ručičkových hodinách v porovnaní s digitálnymi? Áno/Nie

1. Je vaše dieťa jedným z tých, kto nevie pokojne sedieť, neustále sa vrtí a je napomínané učiteľmi? Áno/Nie
2. Sedenie za stolom/lavicou je problematické – dieťa si podopiera hlavu, ľahýna si na stôl, vrtí sa a pod. Áno/Nie

1. Robí vaše dieťa často chyby pri opisovaní z knihy? Áno/Nie

1. Stáva sa vášmu dieťaťu pri písaní, že prehodí písmená alebo vynechá písmená či slová?

Áno/Nie

Uveďte prosím akékoľvek ďalšie informácie, ktoré považujete za nevyhnutné:

**SKRÍNINGOVÝ DOTAZNÍK (podľa Sheila)**

**2. časť - Výživa**

Trpelo vaše dieťa v pravidelných intervaloch niektorými z nižšie uvedených ťažkostí? Hodiace sa označte.

1. Gastrointestinálne ťažkosti

kolika bolesti brucha alebo nadúvanie neobvyklá činnosť čriev opakovaná zápcha

hnačka

1. Kožné problémy

ekzém suchá pokožka na tvári alebo rukách drsná pokožka na ramenách/stehnách (drobné hrbolčeky) dermatitída (kožný zápal)

1. Ušné, nosné a krčné problémy

afty zápach z úst angína bolesť ucha zápal prínosových dutín (sinusitída)

nádchy chrápanie dýchanie ústami ušné infekcie iné ORL problémy

1. Astma

Spúšťaná: cvičením infekciou prachom plesňami zvieratami potravou

Iné zdravotné ťažkosti:

1. Trpí vaše dieťa nadmerným smädom?

Zhoršia sa jeho príznaky, keď viac než 2-3 hodiny neje?

Mení sa jeho správanie po skonzumovaní konkrétnych potravín?

Ak áno, uveďte po ktorých:

**3. Časť - Sluch**

**História vývinu – Uveďte podrobnosti, ktoré Vám napadnú.**

1. Malo vaše dieťa nezvyčajný rečový vývin, začalo neskôr hovoriť? Áno/Nie

Ak áno, ako sa jeho reč vyvíjala a v akom veku:

1. Má dieťa problém s okolitými zvukmi – citlivosť na hluk, na konkrétne zvuky? Áno/Nie
2. Bolo vaše dieťa tzv. „ORL dieťa“, teda. trpiace častými infekciami uší, dýchacích ciest a prínosových dutín? Áno/Nie
3. Bolo vaše dieťa niekedy špeciálne vyšetrené kvôli sluchovým ťažkostiam? Áno/Nie
4. Má ťažkosti so zapamätaním hovorených informácií? Áno/Nie
5. Vyhŕkne odpoveď skôr než je dopovedaná otázka? Áno/Nie
6. Máte dojem, že keď hovoríte vaše dieťa vás nevníma? Áno/Nie
7. Nerozumie slovám (podobne znejúcim slovám), musíte opakovať povedané? Áno/Nie
8. Nesprávne pochopenie hovorených otázok? Áno/Nie
9. Zmätok pri rozlišovaní podobne znejúcich slov, častá potreba opakovania? Áno/Nie
10. Neschopnosť vykonať postupnosť viacerých pokynov? Áno/Nie
11. Je spomalené pri odpovedaní na hovorené otázky, alebo spomalenú reakciu na oslovenie či v komunikácii? Áno/Nie
12. Vie porozprávať príbeh, vyjadriť pointu? Áno/Nie
13. Rozpráva Vaše dieťa nadmerne veľa? Áno/Nie

1. Má problém s výslovnosťou niektorých hlások alebo dlhších slov? Áno/Nie
2. Má problém s hľadaním vhodného slova? Áno/Nie
3. Má ťažkosti so spánkom či zaspávaním? Áno/Nie
4. Máva bolesti hlavy? Áno/Nie

**Koncentrácia pozornosti**

1. Dokáže sa iba krátko sústrediť? Áno/Nie
2. Celková nesústredenosť? Áno/Nie
3. Je často zasnené? Áno/Nie
4. Vie vydržať pri skupinových aktivitách kým na neho príde rad? Áno/Nie
5. Vie dokončiť začaté aktivity a zadania? Áno/Nie
6. Strieda Vaše dieťa často činnosti/aktivity napriek tomu, že ešte nie sú ukončené?

Áno/Nie

1. Je pre Vaše dieťa náročné hrať sa potichu/pokojne? Áno/Nie

1. Stráca Vaše dieťa veci (hračky, ceruzky, knihy, domáce úlohy, oblečenie), je dezorganizované? Áno/Nie

**Úroveň energie**

Únava na konci dňa

Hyperaktivita

Sklon k depresiám

**Expresívne počúvanie**

Toto je počúvanie, ktoré smeruje dovnútra. Používame ho pri ovládaní svojho hlasu, keď rozprávame a spievame. Označte to, čo sa hodí na vaše dieťa:

1. Plochý a monotónny hlas

2. Váhavá reč

3. Slabá slovná zásoba

4. Nedokonalá štruktúra viet

5. Falošný spev

6. Zámena alebo otáčanie písmen

7. Slabé čítanie s porozumením

8. Slabé čítanie nahlas

9. Slabý pravopis

**Správanie a sociálne prispôsobenie**

Ťažkosti s počúvaním bývajú často spojené týmito oblasťami. Označte to, čo sa hodí na vaše dieťa:

1. Nízka frustračná tolerancia

2. Zlý sebaobraz

3. Ťažšie získavanie priateľov

4. Tendencia ustupovať, vyhýbať sa ľuďom

5. Nízka motivácia, nezáujem o školu

6. Nezrelosť

7. Dráždivosť

8. Hanblivosť