**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?

Áno/Nie

1. Bolo vaše dieťa v prvých 6-tich mesiacoch života také pokojné dojča, že ste sa zľakli syndrómu náhleho úmrtia dojčaťa? Áno/Nie
2. 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
3. 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
4. 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 niekedy nepriaznivú reakciu na detské očkovania? Áno/Nie
3. 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. Má problémy s reguláciou správania alebo sa stáva, že agresívne reaguje? Áno/Nie
4. Vníma pachy intenzívnejšie, než je bežné (komentuje často smrad, voňavky, alebo ovoniava veci) resp. niekedy v minulosti sa to vyskytlo? 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. Rizikové faktory a symptómy dysbiózy

problémy s trávením/vylučovaním u rodičov. vaginálne/kvasinkové infekcie počas tehotenstva. sekcia. kolika/reflux. problematické zavádzanie príkrmov. časté bolesti brucha/plynatosť/ nevoľnosť. opakovaná zápcha/hnačka. alergia/ekzém/astma/intolerancie. anémia. slabá imunita. časté ATB. výberovosť v jedle. dieťa nepriberá/lo dobre. nechutenstvo.

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.

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 niekedy špeciálne vyšetrené kvôli sluchovým ťažkostiam? Áno/Nie
3. Má ťažkosti so zapamätaním hovorených informácií? Áno/Nie
4. Máte dojem, že keď hovoríte vaše dieťa vás nevníma? Áno/Nie
5. Nerozumie slovám (podobne znejúcim slovám), musíte opakovať povedané? Áno/Nie
6. Nesprávne pochopenie hovorených otázok? Áno/Nie
7. Zmätok pri rozlišovaní podobne znejúcich slov, častá potreba opakovania? Áno/Nie
8. Neschopnosť vykonať postupnosť viacerých pokynov? Áno/Nie
9. Je spomalené pri odpovedaní na hovorené otázky, alebo spomalenú reakciu na oslovenie či v komunikácii? Áno/Nie
10. Vie porozprávať príbeh, vyjadriť pointu, tvorí správne štruktúrované vety? Áno/Nie
11. 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

**Označte ak pozorujete:**

zvýšená únava na konci dňa. hyperaktivita. sklon k depresii. plochý a monotónny hlas. falošný spev. slabá slovná zásoba. slabé čítanie nahlas/ s porozumením.

slabý pravopis. zámena otáčanie písmen.

**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

**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