

KARTA WYWIADU

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia.....

1. Dieta:.....

2. Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? TAK/NIE

3. Jeśli TAK, proszę podać rodzaj poradni i powód objęcia opieką.....

4. Czy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności?.....

5. Czy dziecko jest na coś uczulone?.....

6. Czy miewa jakieś dolegliwości? (niespokojny sen, brak apetytu, ulewanie, wymioty, problemy z wypróżnianiem, przewlekły katar itp.) .....

7. Czy u dziecka występowały kiedykolwiek drgawki gorączkowe lub bezdechy (zanoszenie się) ? Proszę opisać sytuację.....

8. Czy dziecko korzysta z drzemki w ciągu dnia TAK/NIE, jeżeli TAK to w jakich godzinach?.....

9. Czy dziecko ma jakieś przyzwyczajenia związane z zasypianiem? (smoczek, kołysanie do snu, pieluszka do spania itp.).....

10. Jakie sytuacje w codziennej opiece nad dzieckiem mogą powodować jego sprzeciw, niezadowolenie lub lęk? .....

11. Jak uspokajają Państwo dziecko w sytuacji gdy płacze, jest smutne? .....

12. Jak reagują Państwo gdy dziecko jest zdenerwowane (np. domaga się czegoś, czego nie może dostać) ? .....

## Żłobek Miejski nr 4 w Białymstoku

13. Jak dziecko jest karmione:

a) miejsce posiłku – STAŁE/NIE JEST STAŁE

b) jakie produkty je dziecko – STAŁE/ MIKSOWANE.....

c) czy dziecko korzysta z butelki ze smoczkiem – TAK/NIE

d) Czy dziecko potrafi samodzielnie pić z otwartego kubka – TAK/NIE ( w przypadku odpowiedzi „NIE” proszę wskazać z czego pije dziecko (bidon, butelka, kubek niekapek.....)

e) czy dziecko potrafi samodzielnie jeść łyżką TAK/NIE?

f) czy dziecko ma zakładany śliniak przed posiłkiem – TAK/NIE

g) czy występują trudności związane ze spożywaniem posiłków, karmieniem –TAK/NIE

( w przypadku odpowiedzi „TAK” proszę wskazać czego dotyczą.....

14. Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne – TAK/NIE

15. Uwagi rodziców dotyczące opieki nad dzieckiem .....

*Zostałam/em poinformowana/y, że:*

*- w żłobku nie będą podawane dziecku żadne leki (doustne, wziewne, krople itp.)*

*- do żłobka nie może być przyprowadzone dziecko, które ma gips, opatrunek, szwy po interwencji chirurgicznej, aparat diagnostyczny np. Holter itp.*

*W sytuacji zachorowania dziecka zobowiązuję się maksymalnie w ciągu godziny od informacji telefonicznej przekazanej przez opiekuna/pielęgniarkę do odbioru dziecka z placówki.*

.....

.....

data i podpis rodziców/opiekunów prawnych

**✘** *Informacje zawarte w karcie wywiadu mają na celu jak najlepsze poznanie potrzeb dziecka w celu zapewnienia bezpiecznej opieki w placówce*