

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Παρακαλώ συμπληρώστε το παρακάτω έντυπο φόρμα και φέρτε το μαζί σας στην πρώτη συνεδρία σας. Οι πληροφορίες που δίνετε είναι απόλυτα εμπιστευτικές και θα διευκολύνουν ιδιαίτερα την εξέταση στο πρώτο ραντεβού.

Όνοματεπώνυμο παιδιού: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____ Ηλικία _____

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Εθνικότητα: _____

Διεύθυνση: _____ Πόλη: _____

T.K.: _____ τηλ: _____ e-mail: _____

Κηδεμονία από: _____ Επιμέλεια από: _____

Όνοματεπώνυμο πατέρα: _____ Ηλικία: _____

Επάγγελμα: _____ Εθνικότητα: _____

Διεύθυνση: _____

TK.: _____ Πόλη: _____ τηλ: _____ e-mail: _____

Διεύθυνση εργασίας _____ τηλ: _____

Όνοματεπώνυμο μητέρας: _____ Ηλικία: _____

Επάγγελμα: _____ Εθνικότητα: _____

Διεύθυνση: _____

TK.: _____ Πόλη: _____ τηλ: _____ e-mail: _____

Διεύθυνση εργασίας _____ τηλ: _____

Σχολείο : _____ Τάξη: _____

Υπεύθυνος εκπαιδευτικός (αν χρειαστεί να επικοινωνήσουμε) : _____

Διεύθυνση: _____ Πόλη: _____

τηλ: _____

Από που πληροφορηθήκατε για το ιατρείο;

Γνωστό

Τηλεφωνικό οδηγό

Ιντερνέτ

Ιατρό άλλης ή συναφούς ειδικότητας

Άλλον επαγγελματία

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ
ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Παρακαλώ συμπληρώστε το παρακάτω έντυπο φόρμα και φέρτε το μαζί σας στην πρώτη συνεδρία σας. Οι πληροφορίες που δίνετε είναι απόλυτα εμπιστευτικές και θα διευκολύνουν ιδιαίτερα την εξέταση στο πρώτο ραντεβού.

Όνοματεπώνυμο παιδιού: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____

Ημερομηνία συμπλήρωσης: _____

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από: _____

1. **Διάρκεια κύησης** _____

2. **Ηλικία μητέρας** (κατά τη γέννηση του παιδιού) _____

3. **Βάρος γέννησης** _____

4. **Επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης/τοκετού** (σημειώστε στον παρακάτω πίνακα)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Αιμορραγία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Τοξιναιμία/ Προεκλαμψία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Σοβαρή νόσος ή τραυματισμός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Λήψη φαρμάκων. Εάν ναι, όνομα φαρμάκου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Εάν ναι, όνομα ουσιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Λήψη αλκοολούχων ποτών. Εάν ναι, σε τι ποσότητα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Κάπνισμα. Εάν ναι, πόσα τσιγάρα ημερησία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για πόνους τοκετού;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Εμβρυουλκία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Καισαρική τομή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Τραυματισμός παιδιού κατά τον τοκετό			
Περίσφιξη ομφάλιου λώρου			
Σπασμοί νεογνού			
Δυσχέρεια στην αναπνοή			
15. Άλλα προβλήματα (περιγράψτε)			

Αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού.

Παρακαλώ γράψτε σε ποια ηλικία (μήνες ή έτη) το παιδί:
(συντά βοηθάει αν θυμηθούμε πώς ήταν το παιδί σε γιορτές, γενέθλια, Χριστούγεννα κλπ)

1. Κάθισε χωρίς βοήθεια.....
2. Μπουσούλισε.....
3. Περιπάτησε μόνο του χωρίς βοήθεια.....
4. Άρχισε να σχηματίζει ήχους.....
5. Είπε τις πρώτες του λέξεις (εκτός από μαμά, μπαμπά).....
6. Έκανε προτάσεις με δύο λέξεις.....
(αν δεν θυμάστε ακριβώς νομίζετε ότι καθυστέρησε); Ναι Όχι
7. Σχημάτισε φράσεις με περισσότερες λέξεις.....
8. Μίλησε καθαρά ώστε να το καταλαβαίνουν οι ξένοι.....
9. Απέκτησε έλεγχο σφιγκτήρων (δηλαδή να έχει βγάλει τις πάνες)
 Εντέρου.....Κύστης.....

6. Διατροφή

1. Θήλασε; Ναι Όχι
2. Αν όχι γιατί;
3. Τρώει καλά; Ναι Όχι
- Έχει ποικιλία τροφών;.....

7. Ύπνος

- Παρουσίασε προβλήματα ύπνου; Ναι Όχι
- Παρουσίασε:
- | | | |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Νυχτερινό Τρόμο <input type="checkbox"/> | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Εφιάλτες <input type="checkbox"/> | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Δυσκολία να πέσει για ύπνο | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας | Ναι <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> |
| Δυσκολία να κοιμάται μόνο του <input type="checkbox"/> | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |

Εάν Ναι, από πότε.....

Με ποιόν κοιμάται.....

Άλλα προβλήματα ύπνου (περιγράψτε).....

Παιδιατρικό ιστορικό

Ημερομηνία τελευταίας παιδιατρικής εξέτασης.....

Παρουσιάζει το παιδί σας κάτι από τα παρακάτω;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
Άσθμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Αλλεργίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Διαβήτη, αρθρίτιδα ή άλλη χρόνια νόσο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Επιληψία ή σπασμούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Πυρετικούς σπασμούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ανεμοβλογιά ή άλλη παιδική ασθένεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Καρδιολογικά προβλήματα ή προβλήματα με την αρτηριακή πίεση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Υψηλούς πυρετούς (περισσότερο από 39 °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Κατάγματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Σοβαρά τραύματα που χρειάστηκαν ράμματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Κράνιο-εγκεφαλική κάκωση με απώλεια της συνείδησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Προβλήματα ομιλίας και λόγου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Χρόνιες ωτίτιδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Δυσχέρεια στην ακοή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Προβλήματα με την όραση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Δυσχέρεια στη λεπτή κινητικότητα /γραφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Δυσχέρεια στην αδρή κινητικότητα, αδεξιότητα (πχ να κάνει ποδήλατο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Χειρουργικές επεμβάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Μακροχρόνιες νοσηλείες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Προβλήματα διατροφής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Τρώει ικανοποιητικά Τρώει πολύ <input type="checkbox"/> Τρώει λίγο <input type="checkbox"/> Τρώει μόνο του <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Αποφυγή συγκεκριμένων τροφών (αν ναι ποιες)			
Άλλα ιατρικά προβλήματα (περιγράψτε)			
Λαμβάνει φάρμακα (αν ναι, ποια)			

Ποια θεωρείτε ότι είναι τα αδύνατα σημεία του παιδιού σας;

Έχει αλλάξει πρόσφατα ο χαρακτήρας του παιδιού;

Ναι

Όχι

Εάν Ναι περιγράψτε.....

.....

.....

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Στην παρακάτω ενότητα, σημειώστε αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό για οποιοδήποτε από τα ακόλουθα. Εάν ναι, παρακαλείστε να αναφέρετε τη σχέση του μέλους της οικογένειάς σας στον αντίστοιχο χώρο που παρέχεται (πχ πατέρας, γιαγιά, θείος, κλπ).

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Μέλος οικογένειας
Αλκοόλ/Κατάχρηση ουσιών			
Άγχος			
Κατάθλιψη			
Ενδοοικογενειακή βία			
Διατροφικές διαταραχές			
Παχυσαρκία			
Ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά			
Σχιζοφρένεια			
Απόπειρα αυτοκτονίας			
Άλλη νόσος			