



# Klausimynas Tėvams

Vaiko vardas, pavardė: \_\_\_\_\_ Gimimo data: \_\_\_\_\_

Namų adresas: \_\_\_\_\_

Telefono numeris: \_\_\_\_\_

Formą užpildžiusio asmens vardas: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Mamos vardas: \_\_\_\_\_ Telefono numeris: \_\_\_\_\_

Adresas  
\_\_\_\_\_

Tėvo vardas: \_\_\_\_\_ Telefono numeris: \_\_\_\_\_

Adresas  
\_\_\_\_\_

Globėjai: \_\_\_\_\_

Kas prižiūri (rūpinasi) vaiką, pvz., seneliai, giminaičiai?  
\_\_\_\_\_

Ugdymo įstaiga: \_\_\_\_\_

Su vaiku dirbantys pedagogai: \_\_\_\_\_

Adresas: \_\_\_\_\_ Telefono numeris: \_\_\_\_\_

Kiti susiję asmenys ir jų kontaktiniai duomenys: \_\_\_\_\_

Šeimos gydytojas: \_\_\_\_\_

Specialistai: \_\_\_\_\_

Kiti: \_\_\_\_\_

Galite atsiųsti kitų specialistų vertinimo išvadas, kurios Jūsų nuomone yra svarbios.

## **NĖŠTUMAS / PERINATALINIS / POSTNATALINIS LAIKOTARPIS**

Apibūdinkinkite neštumo eigą, nurodykite, kilusius sunkumus.

Ar jūsų vaikas gimė laiku?

Ar gimdant / gimstant buvo komplikacijų, pvz., buvo reikalinga papildoma pagalba, Cezario operacija?

Kokia buvo Jūsų vaiko būklė po gimimo? Kaip jis buvo maitinamas? Ar šiuo laikotarpiu buvo kokių nors sunkumų?

## **SVEIKATOS BŪKLĖ**

Ar Jūsų vaikas turi diagnozuotų ligų, sveikatos ar raidos sutrikimų?

Ar Jūsų vaiko „energijos lygmuo“ yra įprastinis, natūralus?

Ar yra kokių nors šeimos problemų, apie kurias turėtume žinoti?

## **ALERGIJOS**

Ar jūsų vaikas yra alergiškas? Jei taip, kam jis yra elergiškas?

Ar jam skirta speciali dieta?

Ar Jūsų vaikas turi:

- astmą / egzemą?
- sieros kamščius / ausų infekcijas?
- sinusitą?

## BENDRA RAIDA

Ar esate pastebėję, kad Jūsų vaikas prarado anksčiau įgytus įgūdžius? Apibūdinkite.

## MIEGAS

Nurodykite vaiko miegojimo įpročius.

## NURODYKITE, ( APYTIKSLIAI), KADA JŪSŲ VAIKAS IŠMOKO

<i>Motorikos raida</i>	Mėnesiai	Pastabos
Sėdėti		
Šliaužti ant pilvo		
Ropoti remdamasis rankomis ir keliais		
Stovėti		
Vaikščioti		
Pašokti į viršų abiem kojomis		
Šokinėti		
Važiuoti triračiu		

## TAKTILINIAI POJŪČIAI

<i>Ar Jūsų vaikas:</i>	TAIP	NE	PASTABOS
1 Nemėgsta, kai jį netikėtai paliečia?			
2 Nemėgsta, kai jį apkabina / laiko?			
3 Nemėgsta vandens pusrslų?			
4 Nori dėvėti tik tam tikrus drabužius?			
5 Susierzina, kai ant kojinių / batų / drabužių yra etiketės?			
6 Bando trinti ar liesti viską / visus?			
7 Vengia žaisti su „tepančiais“ daiktais, pvz., pirštų dažais, pasta, purvu, smėliu ir pan.?			
8 Nemėgsta vaikščioti basas?			
9 Tranko galvą, dabar ar anksčiau?			
10 Žnaibo, kandžioja, skaudina save ar kitus?			
11 Mažiau nei kiti jautrus skausmui?			

12 Labiau nei kiti jautrus skausmui?			
13 Dažnai muša ar stumdo kitus vaikus?			
14 Pastebi, kai reikia išpūsti / nuvalyti nosį?			

### VIZUALINIAI POJŪČIAI

<i>Ar Jūsų vaikas:</i>	TAIP	NE	PASTABOS
1 Turi regos sutrikimų?			
2 Sunku sekti objektą akimis?			
3 Jautrus šviesai?			
4 Pakreipia galvą ar užmerkia vieną akį, kai į kažką žiūri			
5 Susijaudina, kai aplinkoje yra įvairių vizualinių stimulų (dirgiklių)?			
6 Vengia žiūrėti į judančius daiktus / žmones?			

### SKONIO – UOSLĖS POJŪČIAI

<i>Ar Jūsų vaikas:</i>	TAIP	NE	PASTABOS
1 Elgiasi taip, lyg visų pateikalų skonis būtų vienodas?			
2 Valgo nevalgomus daiktus, pvz., žemė, žolė?			
3 Nemėgsta tam tikros tekstūros maisto?			
4 Tyrinėja aplinką uostydamas?			
5 Neigiamai reaguoja į kvapus?			
6 Ignoruoja nemalonius kvapus?			

### PROPRIOCEPCINIAI POJŪČIAI

<i>Ar Jūsų vaikas:</i>	TAIP	NE	PASTABOS
1 Vaikšto pasistiebęs, darydavo tai anksčiau?			
2 Atsisako žaisti žaidimus, kai reikia užsimerkti?			
3 Negali ramiai gulėti ar sėdėti?			
4 Per stipriai ima / griebia daiktus?			
5 Kramto nevalgomus daiktus?			
6 Per silpnai ima / laiko daiktus?			
7 Džiaugiasi, kai nukritęs užsigauna ar atsitrenkia į sieną?			

### VESTIBILIARINIAI POJŪČIAI

<i>Ar Jūsų vaikas:</i>	TAIP	NE	PASTABOS
1 Mėgsta, kai jį mėto į viršų?			
2 Linguoja sėdėdamas?			
3 Daug šokinėja?			
4 Pagal amžių turi gerą lygsvarą?			
5 Pykina ar svaigsta galva važiojant mašina?			
6 Sukasi ratu dažniau nei kiti vaikai?			
7 Sėdėdamas arba stovėdamas padeda galvą ar pasilenkia?			
8 Labai bijo aukščio ar nukristi?			
9 Vengia šokti nuo laiptelio?			

10 Lėtai atlieka kai kuriuos veiksmus, pvz., įlipa į mašiną, atsisėda ant grindų?			
---	--	--	--

## RAUMENŲ TONUSAS

<i>Ar Jūsų vaikas:</i>	TAIP	NE	PASTABOS
1 Nustatytas raumenų tonuso sutrikimas, pvz., spastiškumas, hipotonusas, rigidiškumas ir kt.?			
2 Greitai pavargsta atlikdamas fizinę veiklą?			

## KLAUSOS SISTEMA

<i>Ar Jūsų vaikas:</i>	TAIP	NE	PASTABOS
1 Jautriai reaguoja į tam tikrus garsus?			
2 Atsisuka, išgirdęs Jūsų balsą?			
3 Supranta tai, ką jam sakote?			
4 Sunkiai supranta, kai kalbama triukšmingoje aplinkoje?			
5 Lėčiau suvokia garsus, kalbą?			

1. Nurodykite savo vaiko stipriąsias puses / įgūdžius / gebėjimus.

.....

.....

.....

2. Nurodykite, kuo domisi Jūsų vaikas.

.....

.....

3. Ar jūsų vaikas pasitiki savimi, mėgsta bendrauti, kaip ir jo bendraamžiai?

.....

.....

4. Nurodykite tris žodžius, kurie gali apibūdinti Jūsų vaiko emocinę būseną, pvz., ramus, įsitempęs, laimingas ir kt.

.....

.....

5. Kas, Jums galvojant apie vaiką, kelia didžiausią susirūpinimą?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Denise Wilson, DIRFloortime® Training Leader, Occupational Therapist & Play Therapist

Vertė dr. Vilma Makauskienė logopedė ir psichologė. Išversta gavus sutikimą.