SZPITAL PEDIATRYCZNY W BIELSKU-BIAŁEJ
Poradnia Neurologiczna dla Dzieci

Opracowanie:
lek. Aleksandra Kuźniar-Pałka

KARTA WYWIADU NEUROLOGICZNEGO

Prosimy rodziców / opiekunów o spokojne wypełnienie karty w domu przed pierwszą wizytą. Odpowiedzi można zaznaczyć [✓] lub dopisać po dwukropkach.

1 DANE PACJENTA I OPIEKUNA

Imię i nazwisko dziecka: ..... **Data urodzenia / PESEL:** .....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna: ..... **Telefon kontaktowy:** .....

2 WYWIAD OKOŁOPORODOWY (CIĄŻA I PORÓD)

Ciąża (która z kolei): ..... **Tydzień ciąży:** ..... **Punkty Apgar:** .....

Przebieg ciąży (zaznacz właściwe):

☐ Prawidłowy ☐ Infekcje ☐ Niedokrwistość ☐ Nadciśnienie (NT) ☐ Niedoczynność tarczycy ☐ Cukrzyca

Inne choroby / powikłania w ciąży: .....

Leki stosowane w ciąży (jakie i kiedy): .....

Poród (zaznacz właściwe):

☐ Siłami natury ☐ Z użyciem kleszczy położniczych ☐ Próżniociąg położniczy (vacuum) ☐ Cięcie cesarskie

*** Przy cięciu cesarskim – powód:** .....

Masa ciała: ..... g **Długość ciała:** ..... cm **Obwód głowy:** ..... cm

Pomoc / badania specjalistyczne na oddziale noworodkowym: ☐ Nie ☐ Tak (jakie?): .....

3 ROZWÓJ PSYCHOMOTOROWY DZIECKA

W jakim wieku dziecko osiągnęło poniższe umiejętności?

Umiejętność / Etap rozwoju	Wiek pojawienia się
Utrzymywanie głowy w pozycji pionowej	.....
Samodzielne siadanie	.....
Chodzenie	.....
Mowa: pierwsze proste słowa *(np. mama, tata, daj)*	.....
Mowa: pierwsze zdania 2-wyrazowe	.....

4 OPIEKA SPECJALISTYCZNA I WYWIAD RODZINNY

Czy dziecko znajduje się pod opieką innych poradni specjalistycznych? ☐ Nie ☐ Tak (z jakiego powodu?): .....

Choroby przewlekłe występujące u członków rodziny: .....

....

Miejscowość, Data — Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego