

## REJESTRACJA DO TERAPEUTY INTEGRACJI SENSORYCZNEJ

**Przed pierwszą wizytą należy wypełnić elektronicznie wywiad.**

Na pierwszą wizytę diagnostyczną u terapeuty SI w Naszym Instytucie warto przynieść ze sobą dokumentację/opinię z badań psychologicznych (przeprowadzonych np. w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, przez psychologa szkolnego itp.)

**Przebieg procesu diagnostycznego:**

**I etap** (1 spotkanie z rodzicami) – pogłębiony wywiad z rodzicami, który obejmuje informacje na temat rozwoju dziecka, sytuacji rodzinnej, funkcjonowania w środowisku przedszkolnym/szkolnym, aktualnych trudności opisanych przez rodzica. Spotkanie trwa 50 min.

**II etap** (od 1 do 3 spotkań z dzieckiem) – podczas kilku spotkań z dzieckiem terapeuta przeprowadza obserwację zachowań dziecka, wywiad, badania diagnostyczne z zastosowaniem standaryzowanych testów. Terapeuta przeprowadza, również uproszczone badanie ortopedyczne w kierunku wad postawy i przedstawia oddzielne zalecenia.

Każde spotkanie trwa 50 min.

Diagnoza stawiana jest w oparciu o informacje z wywiadu z rodzicami, obserwacji dziecka oraz analizy testów.

**III etap (opcjonalne)** - W Instytucie Diagnostyki i Terapii ESENCJA prowadzona jest terapia indywidualna, której podstawą jest indywidualnie dobrany program terapeutyczny dostosowany do możliwości i potrzeb dziecka.

Każde spotkanie trwa 50 min.

## **INTEGRACJA SENSORYCZNA WYWIAD Z RODZICAMI**

Nazwisko i imię dziecka.....

Wiek.....

Data urodzenia.....klasa.....data badania .....

Co państwa niepokoi w rozwoju

dziecka .....

.....

### PRZEBIEG CIĄŻY

Czy matka regularnie kontrolowała przebieg ciąży( wizyty lekarskie) ..... Czy przebyła w czasie ciąży : różyczkę, gripę, inne choroby wirusowe ..... Czy matka przebywała podczas ciąży w szpitalu ..... Jakie przyjmowała leki ..... Czy wystąpiło zatrucie ciążowe..... Czy wystąpił konflikt serologiczny ..... jakie podano leki ..... Czy lekarz zalecił leżenie w łóżku, jeśli tak to kiedy i jak długo ..... Czy matka paliła w czasie ciąży ..... Czy palił ktoś w najbliższym otoczeniu ..... Czy matka stosowała inne używki ..... Czy występują w rodzinie choroby genetyczne .....Czy w trakcie ciąży wystąpiły sytuacje stresowe .....

..... Wiek rodziców ..... które dziecko w rodzinie ..... czy u rodzeństwa zaobserwowano jakieś zaburzenia .....

.....

### PRZEBIEG PORODU

Czas trwania (w godzinach) ..... poród prawidłowy ..... Cięcie cesarskie ..... Znieczulenie podczas porodu ..... Leki podawane w czasie porodu .....

.....

### DZIECKO PO PORODZIE

Ile punktów otrzymało dziecko w skali Apgar ..... Czy dziecko zapłakało zaraz po porodzie ..... czy miało problemy z oddychaniem ..... czy po urodzeniu dziecka podawano tlen ..... wystąpienie żółtaczki ..... kiedy ..... czy dziecko było donoszone ..... dziecko jest wcześniakiem urodzonym w ..... tygodniu ciąży, noworodek urodzony z masą ciała .....gramów. Czy miało



Opracowanie Lidia Haładyn  
na podstawie książki V.F.Maas „Uczenie się przez zmysły...”

Toruń dnia.....

### ZGODA

Wyrażam zgodę, na przeprowadzenie u mojej córki/ mojego  
syna.....  
.....

- Testów Południowo-kalifornijskich integracji sensorycznej,
- Obserwacji Klinicznej,
- Terapii SI.

Testy oraz terapia będą prowadzone przez panią Lidię Haładyn. Wyrażam również zgodę na filmowanie w/w testów i terapii.

.....  
Podpis rodzica

