

CP CHILD

Priorytety opiekuna oraz wskaźnik zdrowia dziecka z niepełnosprawnością

Instrukcje

1. Niniejszy kwestionariusz dotyczy zdrowia Pani/Pana dziecka, komfortu i dobrego samopoczucia oraz troski o jego potrzeby.
2. Prosimy uważnie przeczytać instrukcje.
3. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania poprzez zakreślenie kółkiem najbardziej pasującej liczby. Można wpisywać swoje uwagi/wyjaśnienia w pustym polu znajdującym się pod każdym pytaniem.

Na przykład:

Prosimy zastanowić się jak poniższe czynności są zazwyczaj wykonywane przez dziecko /dla dziecka. Prosimy określić jaką trudność sprawiała każda z tych czynności w ciągu ostatnich 2 tygodni i określić w jakim stopniu potrzebna była pomoc dziecku w wykonywaniu tych czynności.

STOPIEŃ POMOCY

W ciągu <u>ostatnich 2 tygodni</u> jaką trudność sprawiały następujące czynności:	NIEMOŻLIWE	BARDZO TRUDNE	TRUDNE	DOŚĆ TRUDNE	ŁATWE	BARDZO ŁATWE	NIE SPRAWIAŁY ŻADNYCH TRUDNOŚCI	CAŁKOWITA	UMIARKOWANA	MINIMALNA/ NADZÓR	NIE WYMAGA POMOCY
1. zakładanie/noszenie obuwia ? (skarpet, butów, aparatów ortopedycznych, itp.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

Na powyższym przykładzie, zadanie zakładania/noszenia obuwia zostało ocenione jako bardzo łatwe i dziecko potrzebowało minimalnej pomocy/nadzoru przy zakładaniu obuwia.

4. Na końcu każdej części znajdują się puste pola, w których może Pani/Pan dodać pozycje, które zostały pominięte w kwestionariuszu, a które są istotne dla zdrowia Twojego dziecka, jego komfortu i dobrego samopoczucia.

Imię i nazwisko dziecka:

Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna wypełniającego kwestionariusz:

Data:

CZĘŚĆ 1: HIGIENA OSOBISTA / CODZIENNE CZYNNOŚCI

Prosimy zastanowić się jak poniższe czynności są **zazwyczaj** wykonywane przez dziecko /dla dziecka.
 Prosimy określić **jaką trudność** sprawiała każda z tych czynności w ciągu ostatnich 2 tygodni i określić **w jakim stopniu potrzebna** była pomoc dziecku w wykonywaniu tych czynności.

W ciągu ostatnich 2 tygodni, jaką trudność sprawiały następujące czynności:								STOPIEŃ POMOCY			
	NIEMOŻLIWE	BARDZO TRUDNE	TRUDNE	DOŚĆ TRUDNE	ŁATWE	BARDZO ŁATWE	NIE SPRAWIAŁY ŻADNYCH TRUDNOŚCI	CAŁKOWITA	UMIARKOWANA	MINIMALNA/NADZÓR	NIE WYMAGA POMOCY
1. jedzenie/picie lub bycie karmionym ?(w zwykły sposób czyli np. doustnie lub przez rurkę lub na oba sposoby)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2. utrzymywanie higieny jamy ustnej? (mycie jamy ustnej i zębów)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
3. kąpiel/mycie się ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
4. czynności higieniczne w toalecie? (oddawanie moczu i stolca, higiena, itp.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
5. zmiana pieluch/bielizny	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
6. zakładanie/zdejmowanie górnej części garderoby (koszula, kurtka, itp)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
7. zakładanie/zdejmowanie dolnej części garderoby? (spodnie, dresy, itp.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
8. zakładanie/noszenie obuwia? (skarpety, buty, aparaty ortopedyczne, itp.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
9. pielęgnacja włosów (mycie, suszenie, szczotkowanie, czesanie, splatanie warkoczy, itp.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1A. pozostałe czynności codzienne? Prosimy określić:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2B. pozostałe czynności codzienne? Prosimy określić:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

CZĘŚĆ 2: POZYCJE CIAŁA, ZMIANA POZYCJI I ZDOLNOŚĆ PORUSZANIA SIĘ

Prosimy zastanowić się jak poniższe czynności są **zazwyczaj** wykonywane przez dziecko /dla dziecka.
 Prosimy określić **jaką trudność** sprawiała każda z tych czynności w ciągu ostatnich 2 tygodni i określić **w jakim stopniu potrzebna** była pomoc dziecku w wykonywaniu tych czynności.

W ciągu ostatnich 2 tygodni, jaką trudność sprawiały następujące czynności:								STOPIEŃ POMOCY			
	NIEMOŻLIWE	BARDZO TRUDNE	TRUDNE	DOŚĆ TRUDNE	ŁATWE	BARDZO ŁATWE	NIE SPRAWIAŁY ŻADNYCH PROBLEMÓW	CAŁKOWITA	UMIARKOWANA	MINIMALNA/ NADZÓR	NIE WYMAGA POMOCY
10. kładzenie się i wstawanie do/z łóżka	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
11. siadanie na/ wstawanie z wózka inwalidzkiego/ krzesła	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
12. siedzenie w wózku inwalidzkim/na krześle	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
13. wstawanie do ćwiczeń/przemieszczanie się ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
14. poruszanie się w domu? (w każdy możliwy sposób)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
15. poruszanie się na zewnątrz? (w każdy możliwy sposób)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
16. wsiadanie i wysiadanie z pojazdu? (samochód, mikrobus, autobus)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
17. odwiedzanie miejsc publicznych? (park, teatr, zwiedzanie zabytków, itp.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2A. pozostałe czynności? Prosimy określić:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2B. Pozostałe czynności? Prosimy określić:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

CZĘŚĆ 3: SAMOPOCZUCIE I EMOCJE

W ciągu ostatnich 2 tygodni, jak często dziecko odczuwało ból lub dyskomfort:	CODZIENNIE	BARDZO CZĘSTO	DOŚĆ CZĘSTO	KILKA RAZY	RAZ LUB DWA RAZY	NIGDY	INTENSYWNOŚĆ			
							SILNY	UMIARKOWANY	ŁAGODNY	NIE WYSTĘPUJE
18. podczas jedzenia/picia lub bycia karmionym?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
19. podczas korzystania z toalety (oddawanie moczu i stolca, higiena, zmiana pieluchy, itp.)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
20. podczas ubierania się/rozbierania się?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
21. podczas przenoszenia lub zmiany pozycji?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
22. podczas siedzenia?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23. podczas leżenia w łóżku?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
24. w ciągu ostatnich 2 tygodni jak często dziecko odczuwało ból lub dyskomfort, który zakłócił sen dziecka?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A. podczas innej czynności? Prosimy określić:	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B. podczas innej czynności? Prosimy określić:	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

W ciągu ostatnich 2 tygodni, jak często dziecko było:										
25. pobudzone, zaniepokojone lub rozgniewane?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
26. nieszczęśliwe lub smutne?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

CZĘŚĆ 4: KOMUNIKACJA I SPOŁECZNE RELACJE

Prosimy zastanowić się jak poniższe czynności są **zazwyczaj** wykonywane przez dziecko/dla dziecka.

Prosimy ocenić jaką trudność sprawiała każda z tych czynności w ciągu ostatnich 2 tygodni.

W ciągu ostatnich 2 tygodni jaką trudność sprawiało dziecku:	NIEMOŻLIWE	BARDZO TRUDNE	TRUDNE	DOŚĆ TRUDNE	ŁATWE	BARDZO ŁATWE	NIE SPRAWIAŁY NAJMNIJSZEGO PROBLEMU
27. rozumienie Ciebie?	0	1	2	3	4	5	6
28. bycie zrozumianym przez Ciebie?	0	1	2	3	4	5	6
29. porozumiewanie się z ludźmi, którzy nie znają dobrze Twojego dziecka?	0	1	2	3	4	5	6
30. samodzielna zabawa?	0	1	2	3	4	5	6
31. zabawa z innymi?	0	1	2	3	4	5	6
32. uczęszczanie do szkoły/przedszkola?	0	1	2	3	4	5	6
33. uczestniczenie w zajęciach rekreacyjnych (pływanie, spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi, itp.)	0	1	2	3	4	5	6
4A. inna aktywność społeczna? Prosimy określić:	0	1	2	3	4	5	6
4B. Inna aktywność społeczna? Prosimy określić:	0	1	2	3	4	5	6

CZĘŚĆ 5: ZDROWIE

W ciągu ostatnich 2 tygodni:	Prosimy zaznaczyć właściwą odpowiedź					
34. ile razy dziecko musiało udać się do lekarza lub do szpitala?	Pobyt powyżej 7 dni	Pobyt poniżej 7	3 lub więcej razy	Dwa razy	Jeden raz	Ani razu
	0	1	2	3	4	5

W ciągu ostatnich 2 tygodni:	Bardzo zły	Zły	Nieźły	Dobry	Bardzo dobry	Doskonały
35. jak oceniają Państwo ogólny stan zdrowia dziecka?	0	1	2	3	4	5

36. Prosimy wymienić lekarstwa, jakie przyjmowało dziecko w ciągu ostatnich 2 tygodni

0. Nie przyjmowało żadnych leków

1.

2.

3.

4.

5.

6.

CZĘŚĆ 6: OGÓLNA JAKOŚĆ ŻYCIA DZIECKA

W ciągu ostatnich 2 tygodni	Bardzo źle	Źle	Nieźle	Dobrze	Bardzo dobrze	Doskonale
37. Jak ocenia Pani/Pan ogólną jakość życia dziecka?	0	1	2	3	4	5

CZĘŚĆ 7: ZNACZENIE PONIŻSZYCH ELEMENTÓW DLA JAKOŚCI ŻYCIA DZIECKA

Oceń jakie znaczenie dla jakości życia dziecka ma stopień jego aktualnego zaangażowania w wykonywane czynności ?	NAJMNIJ WAŻNE	NIEZBYT WAŻNE	MAŁO WAŻNE	DOŚĆ WAŻNE	BARDZO WAŻNE	NAJWAŻNIEJSZE
1. Jedzenie/picie lub bycie karmionym	0	1	2	3	4	5
2. Utrzymywanie higieny jamy ustnej	0	1	2	3	4	5
3. Kąpiel/mycie	0	1	2	3	4	5
4. Korzystanie z toalety/higiena	0	1	2	3	4	5
5. Zmiana pieluch/bielizny	0	1	2	3	4	5
6. Ubieranie/zdejmowanie górnej części garderoby	0	1	2	3	4	5
7. Ubieranie/zdejmowanie dolnej części garderoby	0	1	2	3	4	5
8. Zakładanie/noszenie obuwia	0	1	2	3	4	5
9. Pielęgnacja włosów /szczotkowanie	0	1	2	3	4	5
10. Kładzenie się i wstawanie z łóżka	0	1	2	3	4	5
11. Siadanie na /wstawanie z wózka inwalidzkiego/krzesła	0	1	2	3	4	5
12. Siedzenie w wózku inwalidzkim/na krześle	0	1	2	3	4	5
13. Wstawanie do ćwiczeń/przemieszczanie się	0	1	2	3	4	5
14. Poruszanie się wewnątrz pomieszczeń, domu	0	1	2	3	4	5
15. Poruszanie się na zewnątrz pomieszczeń	0	1	2	3	4	5
16. Wsiadanie do /wysiadanie z pojazdu	0	1	2	3	4	5
17. Odwiedzanie miejsc publicznych	0	1	2	3	4	5
18. Komfort podczas spożywania posiłków	0	1	2	3	4	5
19. Komfort podczas czynności higienicznych w toalecie	0	1	2	3	4	5
20. Komfort podczas ubierania się/rozbierania się	0	1	2	3	4	5
21. Komfort podczas przemieszczania się lub zmieniania pozycji	0	1	2	3	4	5
22. Komfort podczas siedzenia	0	1	2	3	4	5
23. Komfort podczas leżenia	0	1	2	3	4	5

Oceń jakie znaczenie dla jakości życia dziecka ma stopień jego aktualnego zaangażowania w wykonywane czynności ?	NAJMNIEJ WAŻNE	NIEZBYT WAŻNE	MAŁO WAŻNE	DOŚĆ WAŻNE	BARDZO WAŻNE	NAJWAŻNIEJSZE
24. Komfort podczas snu	0	1	2	3	4	5
25. Stan emocjonalny lub zachowanie	0	1	2	3	4	5
26. Poczucie szczęścia	0	1	2	3	4	5
27. Zdolność rozumienia Pani/Pana	0	1	2	3	4	5
28. Zdolność bycia zrozumianym przez Panią/Pana	0	1	2	3	4	5
29. Zdolność porozumiewania się z innymi	0	1	2	3	4	5
30. Zdolność do samodzielnej zabawy	0	1	2	3	4	5
31. Zdolność do zabawy z innymi	0	1	2	3	4	5
32. Zdolność uczęszczania do szkoły/przedszkola	0	1	2	3	4	5
33. Zdolność uczestniczenia w zajęciach rekreacyjnych	0	1	2	3	4	5
34. Zmniejszenie liczby konsultacji lekarskich i pobytów w szpitalu	0	1	2	3	4	5
35. Ogólny stan zdrowia	0	1	2	3	4	5
36. Ograniczenie ilości leków	0	1	2	3	4	5

CZĘŚĆ 8: INFORMACJE NA TEMAT PANI/PANA DZIECKA

1. Moje dziecko jest:	Płci męskiej	Płci żeńskiej																																																			
2. Data urodzenia Pani/Pana dziecka:/...../..... Miesiąc / Dzień / Rok																																																				
3. Jaki najwyższy szczebel edukacji ukończyło Pani/Pana dziecko (proszę wybrać tylko jeden szczebel)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Żłobek</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 45%; text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Przedszkole</td> <td></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Szkoła podstawowa:</td> <td style="padding: 2px;">1 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">2 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">3 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">4 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">5 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">6 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Gimnazjum:</td> <td style="padding: 2px;">1 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">2 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">3 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Liceum/technikum /szkoła zawodowa</td> <td style="padding: 2px;">1 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">2 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">3 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">4 klasa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Dziecko nie ukończyło żadnej klasy</td> <td></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Jeśli nie ukończyło żadnego szczebla edukacji, ile lat uczęszczało?</td> <td></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">.....</td> </tr> </table>		Żłobek		Przedszkole		Szkoła podstawowa:	1 klasa		2 klasa		3 klasa		4 klasa		5 klasa		6 klasa	Gimnazjum:	1 klasa		2 klasa		3 klasa	Liceum/technikum /szkoła zawodowa	1 klasa		2 klasa		3 klasa		4 klasa	Dziecko nie ukończyło żadnej klasy		Jeśli nie ukończyło żadnego szczebla edukacji, ile lat uczęszczało?	
Żłobek																																																				
Przedszkole																																																				
Szkoła podstawowa:	1 klasa																																																			
	2 klasa																																																			
	3 klasa																																																			
	4 klasa																																																			
	5 klasa																																																			
	6 klasa																																																			
Gimnazjum:	1 klasa																																																			
	2 klasa																																																			
	3 klasa																																																			
Liceum/technikum /szkoła zawodowa	1 klasa																																																			
	2 klasa																																																			
	3 klasa																																																			
	4 klasa																																																			
Dziecko nie ukończyło żadnej klasy																																																				
Jeśli nie ukończyło żadnego szczebla edukacji, ile lat uczęszczało?																																																				

