

KWESTIONARIUSZ SENSOMOTORYCZNY

Imię i nazwisko dziecka data uzupełnienia.....

Proszę, zaznaczyć odpowiednią kolumnę

		CZY PAŃSTWA DZIECKO TOLERUJE:	TAK	NIE	UWAGI
DOTYK	NADWRAŻLIWOŚĆ	nowe ubrania, nowe buty, przebieranie się (<i>podkreśl!</i>)			
		nadmiernie reaguje na ból			
		metki, szwy przy ubraniach			
		obcisłe rzeczy			
		rajstopy, czapki, rękawiczki			
		krótkie/ długie rękawy (<i>podkreśl!</i>)			
		obcinanie paznokci, włosów (<i>podkreśl!</i>)			
		łaskotki			
		mycie pod prysznicem			
		mycie głowy, twarzy, zębów (<i>podkreśl!</i>)			
		czesanie włosów, spinki, gumki (<i>podkreśl!</i>)			
		smarowanie kremem twarzy			
		brudne ręce, buzię			
		chodzenie w kapciach, skarpetach			
		chodzenia po trawie, piasku			
		mokre ubranie			
		dotyk innych osób (<i>czy reakcje są przesadne</i>)			
		badania lekarskie			
		deszcz, krople wody na skórze, wiatr			
		zabawy w piasku, z plasteliną, ciastoliną, masą solną			
		CZY PAŃSTWA DZIECKO:	TAK	NIE	UWAGI
DOTYK	PODWRAŻLIWOŚĆ	je niejadalne przedmioty			
		gryzie, żuje ubrania, włosy, długopisy, rękawy (<i>podkreśl!</i>)			
		często szczypie, gryzie lub drapie siebie lub innych			
		ciągle dotyka inne osoby, przedmioty			
		wydaje się, że nie reaguje na ból, nie zauważa, że się uderzyło			
		jest nieświadome brudnej twarzy/ rąk			
		nieustannie zdejmuje buty i skarpetki			
		popycha i szturcha inne dzieci			
		często wkłada ręce i przedmioty do buzi			
		siada na dłoniach/ stopach			
		CZY PAŃSTWA DZIECKO:	TAK	NIE	UWAGI
WRAŻLIWOŚĆ	ORALNA	ma tendencję do dławienia się lub krztuszenia pokarmem			
		posiada odruch wymiotny podczas spożywania posiłków			
		odmawia spożywania wielu pokarmów			
		wykazuje niechęć do wizyt stomatologicznych, mycia zębów (<i>podkreśl!</i>)			
		nadmiernie napycha buzię			
		długo trzyma jedzenie w buzi			
		bardziej toleruje pokarmy zimne/ciepłe (<i>podkreśl!</i>)			

KWESTIONARIUSZ SENSOMOTORYCZNY

Imię i nazwisko dziecka data uzupełnienia.....

Proszę, zaznaczyć odpowiednią kolumnę

PROPRIOCEPCJA	CZY PAŃSTWA DZIECKO:	TAK	NIE	UWAGI
	ma niezdarne ruchy			
	wpada na różne przedmioty			
	ma trudności z wchodzeniem i schodzeniem ze schodów			
	ma trudności z wykonywaniem czynności bez kontroli wzrokowej			
	porusza się ociężale, niezgrabnie			
	ma trudności z ubieraniem się			
	popycha inne dzieci			
	angażuje zbyt dużo siły w różne działania			
	lubi zeskakiwać z różnych wysokości			
	ma zbyt mocny/ zbyt lekki chwyt (<i>podkreśl</i>)			
	łatwo niszczy przedmioty/zabawki			
	lubi zabawy w przepychanie/ zapasy			
	preferuje ciasne ubrania/lubi być szczelnie zawijany			
	zgrzyta zębami			
chodzi na palcach				
PRZEDSIONEK	CZY PAŃSTWA DZIECKO:	TAK	NIE	UWAGI
	boi się, unika zabaw takich, jak: bujanie się, kręcenie na karuzeli, podskakiwanie			
	boi się odrywać stopy od podłoża			
	unika ruchu, lubi spokojne zabawy			
	ma chorobę lokomocyjną			
	długo uczyło się jazdy na rowerze			
	rusza się powoli i ostrożnie			
	lubi intensywne zabawy, wirowanie, kręcenie, bieganie			
	jest ciągle w ruchu, biega, skacze			
	często buja się na krześle			
	przebiera nogami			
	macha/trzepie palcami blisko oczu			
buja się, kiwa				
KOORDYNACJA	CZY PAŃSTWA DZIECKO:	TAK	NIE	UWAGI
	ma problemy z cięciem nożyczkami, rysowaniem, pisanie			
	jest niezdarne, często przewraca się			
	długo posługiwało się naprzemiennie prawą i lewą ręką lub nadal nie ma preferencji			
	je niechlujnie			
	ma trudności z posługiwaniem się sztucami			
	ma trudności z łapaniem piłki			
	ma trudności z ubieraniem się/ zapinaniem guzików w trakcie pisania, rysowania, zabaw porusza językiem			

KWESTIONARIUSZ SENSOMOTORYCZNY

Imię i nazwisko dziecka data uzupełnienia.....

Proszę, zaznaczyć odpowiednią kolumnę

NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE	CZY PAŃSTWA DZIECKO:	TAK	NIE	UWAGI
	jest męczliwe, ma zdiagnozowane zaburzenia napięcia mięśniowego			
	ma obniżone umiejętności skakania, podskakiwania, łapania i rzucania piłki			
	prowadzi siedzący tryb życia			
	zbyt lekko/zbyt mocno ściska przedmioty (<i>podkreśl</i>)			
	wygląda na rozluźnione, wiotkie			
	kładzie się lub pokłada głowę podczas pracy przy biurku			
SŁUCH	CZY PAŃSTWA DZIECKO:	TAK	NIE	UWAGI
	zatyka uszy na pewne dźwięki (<i>jakie?</i>)			
	trudno jest mu skupić uwagę w grupie dzieci			
	w głośnych miejscach robi się pobudzony, hałaśliwy lub załęczniony			
	myli się wykonując polecenia słowne			
	mruczy, śpiewa do siebie w czasie wykonywania zadań			
	nie lubi głośnych miejsc (kino, koncert, centrum handlowe, głośna ulica)			
	często mówi, że mówi się do niego zbyt głośno			
	ma bardzo lekki sen, często się wybudza			
	zwraca uwagę na różne dźwięki (tykanie zegara, odgłosy za drzwiami, szum wody w rurach)			
	wydaje się jakby nie słyszało, co się do niego mówi			
	lubi tłok i gwar uliczny			
	zbyt głośno mówi			
	tworzy wokół siebie hałas			
lubi zabawki, przedmioty wydające dźwięki / boi się przedmiotów wydających dźwięki				
WZROK	CZY PAŃSTWA DZIECKO:	TAK	NIE	UWAGI
	ma zdiagnozowaną wadę wzroku			
	zbiera paproszki z ubrań i podłogi/ przygląda się im			
	krótco skupia wzrok na przedmiocie/rozmówcy			
	często mruga, ma załzawione oczy			

KWESTIONARIUSZ SENSOMOTORYCZNY

Imię i nazwisko dziecka data uzupełnienia.....

Proszę, zaznaczyć odpowiednią kolumnę

	CZY PAŃSTWA DZIECKO:	TAK	NIE	UWAGI
	nie lubi układać układanek, puzzli			
	niechętnie rysuje			
	mruży oczy na światło słoneczne			
	wykazuje trudności podczas różnicowania kolorów, kształtów (<i>podkreśl!</i>)			
	robi się nadmiernie pobudzony w miejscach jasno-kolorowych albo podczas oglądania ekranów			
	gubi wyrazy, litery, przy przepisywaniu (uczniowie)			
	nie zawsze utrzymuje kontakt wzrokowy			
	myli strony prawa - lewa			
	CZY PAŃSTWA DZIECKO:	TAK	NIE	UWAGI
WĘCH	ma trudności z różnicowaniem zapachów			
	często mówi, że coś „śmierdzi”			
	często wącha przedmioty, zabawki			
	wącha jedzenie przed zjedzeniem			
	odmawia zjedzenia niektórych pokarmów ze względu na ich zapach			
	przeszkadza mu zapach perfum, środków kosmetycznych			
	CZY PAŃSTWA DZIECKO:	TAK	NIE	UWAGI
SMAK	ma trudności z określeniem smaków			
	wypluwa jedzenie, odmawia jedzenia pokarmów ze względu na ich smak			
	preferuje pokarmy o ostrym, kwaśnym smaku			
	preferuje pokarmy o łagodnym smaku			

.....

.....

.....

Podpis rodzica/ opiekuna