DJEČJI VRTIĆ CICIBAN
V E L I K A G O R I C A
Ul.Vladimira Vidrića 2

I N I C I J A L N I U P I T N I K

Datum popunjavanja upitnika:_____ Grupa: _____
(ispunjava stručni suradnik)

** molimo na inicijalni intervju donijeti: potvrdu o obavljenom sistematskom i stomatološkom pregledu,* ***KOPIRANU*** *iskaznicu imunizacije (cjepnu knjižicu) i zdravstvenu iskaznicu, a originale donijeti na uvid*

I OPĆI PODACI

Ime i prezime djeteta:_____ M Ž
Datum rođenja:_____
OIB djeteta: _____
Adresa:_____

MAJKA
Ime:_____
God.rođ.:_____
Zanimanje:_____
Zaposlena u:_____
Mob.:_____
E-mail:_____

OTAC
Ime:_____
God.rođ.:_____
Zanimanje:_____
Zaposlen u:_____
Mob.:_____
E-mail:_____

PODACI O UVJETIMA ŽIVOTA

1. Obitelj živi u: stanu/kući_____
2. Ostali članovi domaćinstva: _____
3. Braća/sestre,dob:_____,
   Eventualne bolesti u obitelji:_____
4. Važne promjene u obitelji, u zadnje vrijeme:_____
5. Obitelj je u tretmanu Centra za socijalnu skrb : DA NE
   koja vrsta : a) nadzor nad roditeljskim pravom
   b) korisnici pomoći
   c) brakorazvodna parnica
   d) evidentirani zbog zdravstvenih problema u obitelji
   e) korištenje nekog socijalnog prava /beneficije i kojeg; produljeni porodni dopust, status njegovatelja itd.

6. Ukoliko dijete ne živi s oba roditelja/skrbnika molimo navedite razlog *(zaokružiti ili navesti):*
a) boravak u drugom gradu
b) razvod braka ili razvrgnuta izvanbračna zajednica
c) ostalo: _____

II PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU DJETETA

TRUDNOĆA I POROD

1. Trudnoća: uredna/rizična_____
2. Porod od _____tjedana a) uredan vaginalno , b) težak, c) dug, d)porod zatkom/vakuum, e) carski rez.
3. Stanje djeteta pri porodu: a) asfiksija-primjena kisika, b)žutica, c) iščašenje, d) moždano krvarenje, f) omotana pupkovina, g) inkubator, e)uredno h) ostalo_____
4. Porođajna težina i dužina djeteta?_____ APGAR_____

PODACI O BOLESTIMA

Podaci o odabranom liječniku:

Liječnik/pedijatar: _____ gdje _____
Liječnik/stomatolog _____ gdje _____

1. Koje je bolesti do sada dijete preboljelo *(npr. vodene kozice, šarlah, upale grla, upale uha i sl.)?*_____

2. Boluje li dijete od nekih kroničnih bolesti? DA / NE
_____
(navesti bolest i terapiju koja se koristi)

3. Je li dijete do sada doživjelo kakvu traumu *(npr. trauma glave, nesvjestica)* i jesu li prisutne kakve posljedice s obzirom na traumu? NE / DA:_____

4. Ima li dijete kakve druge zdravstvene poteškoće ili stanja *(npr. febrilne konvulzije, astma i sl.)?* NE / DA:
_____

5. Pokazuje li dijete sklonost određenim oboljenjima?_____

6. Ima li dijete **ALERGIJE** na:
   a) hranu NE / DA, na: _____
   b) lijekove NE / DA, na: _____
   c) trave NE / DA, na:_____
   c) drugo NE / DA, na: _____

7. Uzima li dijete neke lijekove *(za alergiju, za kronične bolesti..)?*
   a) ne uzima
   b) redovito uzima (što i kada): _____

8.Odlazi li dijete na redovite preglede/kontrole specijalista? NE / DA *(kojem i koliko često)*_____

9.Je li dijete uredno procijepljeno? DA / NE *(navesti razlog)*
_____

10**. Hospitalizacija**
a) Oboljenje_____, u kojoj dobi ? _____
b) Kako dugo je boravilo u bolnici _____
c) Reakcije na odvajanje od roditelja_____

11. S kolikom temperaturom najčešće dijete reagira kod bolesti? _____

12. Način i sredstva za snižavanje temperature _____

13. Slažete li se da Vašem djetetu, u slučaju povišene tjelesne temperature, primjenimo **Paracetamol sirup**? DA / NE

14. Slažete li se da Vašem djetetu, u slučaju alergijske reakcije, primjenimo **Fenistil** (kapi ili gel)? DA / NE

15. Slažete li se s pružanjem prve pomoći u slučaju ozljede ili bolesti vašeg djeteta od strane djelatnika vrtića.
Potpis roditelja_____

16. Potvrđujem da ću nakon bolesti djeteta donijeti liječničku potvrdu o zdravstvenom stanju djeteta.
Potpis roditelja _____

17. Imate li neku posebnu uputu vezanu uz očuvanje zdravlja djeteta?
_____
_____

III PODACI O POTREBAMA I NAVIKAMA

1. Prehrana

a) Ima li dijete teškoće žvakanja i/ili gutanja? DA NE
b) Konzumacija mlijeka: DA NE PONEKAD
c) Dojenje: DA NE
d) Kakav je apetit djeteta : dobar, loš, pretjeran, promjenjiv
e) Koje namirnice dijete nije do sada konzumiralo ili odbija: _____
f) Što ne smije jesti iz zdravstvenih razloga ? _____
g) Navike i samostalnost pri hranjenju:
1. dijete jede samostalno (koristi pribor za jelo)
2. dijete jede samostalno (ne koristi pribor za jelo)
3. dijete jede samostalno, ali ga je potrebno dohraniti
4. dijete ne jede samostalno (potrebno ga je hraniti)

1. dijete pije samostalno iz šalice
2. dijete pije iz šalice uz pomoć
3. dijete pije iz bočice

h) Hrana koju dijete jede je:
miksana usitnjena normalna

i) Uhranjenost:
dobra pothranjenost pretilost

2. Eliminacija

a) Stolica je (zaokruži) : redovna, neredovita, enkopreza (voljno ili nevoljno ispuštanje stolice na neodgovarajućim mjestima)
b) Pelene treba (zaokruži): stalno, samo kod spavanja danju, samo noću, ne treba, u odvikavanju
c) Privikavanje na pelene (zaokruži): nije počelo, počelo s _____ mjeseci
d) Posebne napomene vezane uz pelene i obavljanje nužde:-
_____

3. San i odmor

a) Dnevni san (zaokruži): redovito ponekad nikad
b) Kakav mu je san (zaokruži): miran, nemiran, budi se, pavor noct.(noćne more), enureza
c) Kako se uspavljuje?_____

Ritam spavanja:
a) noćni san od _____ do _____ sati
b) dnevni san NE / DA: od _____ do _____ sati i od _____ do _____ sati
c) Dijete se uspavljuje: lako/ teško

IV RAZVOJ DJETETA

PODATCI O SOCIO EMOCIONALNOM RAZVOJU DJETETA I OBILJEŽJIMA IGRE, PAŽNJE I SPOZNAJE

Emocionalni razvoj (molimo da zaokružite odgovor te da opišete tamo gdje je potrebno)

1. Dijete je do sada pohađalo vrtić/obrt za čuvanje/igraonicu
   a) da, u kojoj dobi i gdje? _____
   b) ne

2. Ako da, kako se prilagodilo
   a) bez većih problema
   b) teško (opišite)_____

3. Dijete se tijekom dana od bliskih osoba odvaja
   a) teško
   b) bez većih problema
   c) nije se odvajalo

4. Omiljena igračka ili predmet koji obično nosi sa sobom (i/ili pri spavanju): _____

5. Na koji se način najlakše može utješiti:
   _____

6. Dijete ima proživljeno traumatsko ili stresno iskustvo:
   a) da, koje? _____
   b) ne

7. Jeste li primijetili kod djeteta neka od navedenih ponašanja:
   a) tikovi
   b) poremećaji uzimanja hrane
   c) problemi sa zadržavanjem stolice
   d) problemi s kontrolom mokrenja
   e) stereotipni pokreti (tresenje ruku, njihanje tijela, lupanje glavom…)
   f) nisam siguran/na

Socijalizacija

8. U kontaktu s nepoznatim ljudima:
   a) prvo promatra, a zatim prihvaća kontakt (oprezno)
   b) lako ulazi u interakcije s nepoznatim ljudima
   c) ne ulazi u interakciju s nepoznatim ljudima
   d) nema distancu prema nepoznatima

9. Dijete je do sada imalo kontakt s drugom djecom
   a) rijetko
   b) povremeno
   c) često

10. U kontaktu s drugom djecom:
    a) promatra drugu djecu, igra se u blizini njih
    b) više se voli igrati sam
    c) pokušava se uključiti u njihovu igru, dobro surađuje s drugom djecom, često traži igru s djecom
    d) ponekad pokazuje grubost prema djeci (griženje, guranje, svađanje)
    e) preuzima ulogu vođe

Odgojni stilovi

11. Imate li dogovorena pravila ponašanja i koja? (npr. oko odlaska na spavanje, oko hranjenja, gledanja ekrana i sl.)

    _____
    _____

12. Kada se pred dijete postave zahtjevi/zabrane (npr. nemoj dirati peć ili baci to u smeće)
    a) prihvaća ih
    b) često se opire zahtjevima, govori ne i neću
    c) ima ispade bijesa

    Što činite kada dijete ne poštuje dogovorena pravila?
    _____

13. Jesu li odgojni stilovi roditelja usklađeni? Je li netko stroži, a netko blaži, ili se slažete oko odgojnih pitanja?
    _____

Kognitivni razvoj

14. Pažnju u igri zadržava:
    a) Kraće vrijeme – često ne završi jednu igru i prelazi na drugu
    b) Dugo se igra jednom igrom
    c) Lako se omete zvukovima ili podražajima sa strane
    d) Ne mogu procijeniti

15. Aktivno je, u pokretu
    a) približno kao i djeca njegove dobi
    b) više aktivno
    c) manje aktivno
    d) nisam siguran/na kakvo je u odnosu na drugu djecu

Ostalo

16. Provodi li dijete vrijeme pred ekranima (TV/mobilni uređaj/tablet/laptop)? Ako da, koliko vremena dnevno?_____

17. Brine li vas nešto vezano uz razvoj i ponašanje Vašeg djeteta?
    _____
    _____

18. Brine li vas nešto u vezi vrtića
    _____
    _____

KOMUNIKACIJSKI I JEZIČNO GOVORNI RAZVOJ

1. U igri s djetetom primjećujete da:
   a) odaziva se na ime
   b) donosi Vam i pokazuje zanimljive stvari, igračke
   c) gleda Vas u oči
   d) pogledava u Vas i provjerava kako Vi reagirate
   e) smije se kad se Vi smijete
   f) imitira Vaše pokrete, grimase, pljeskanje, maše na pozdrav
   g) koristi gestu pokazivanja

   _____

2. Koristi li Vaše dijete dudu varalicu ?

   _____

3. Kada se poja vila prva riječ sa značenjem ?

   _____

4. Kada se pojavila prva rečenica ?

   _____

5. Vaše dijete izražava se :
   a) gestom
   b) gugutanjem
   c) brbljanjem,
   d) riječima
   e) rečenicom

6. Razumije li Vaše dijete govor okoline?

   _____

7. Izgovara li pravilno Vaše dijete sve glasove hrvatskog jezika (za djecu stariju od 3 godine)?

   _____

8. Ima li Vaše dijete promjene u tečnosti govora (zastajkivanja, ponavljanja, ubrzavanja u govoru)?

   _____

9. Jezično govorni razvoj Vašeg djeteta opisali bi ste kao :
   a) usporen
   b) sukladan dobi
   c) napredan

10. Komunikacijski razvoj Vašeg djeteta :
    a) ostvaruje socijalni kontakt s okolinom
    b) ne ostvaruje socijalni kontakt s okolinom

11. Živi li dijete u višejezičnoj sredini?

    _____

12. Je li Vaše dijete uključeno u praćenje, terapiju ili savjetodavni rad od strane logopeda?

    _____

MOTORIČKI I SENZORIČKI RAZVOJ

Motorički i senzorički razvoj djeteta

1. S koliko mjeseci je dijete počelo samostalno sjediti / puzati / hodati? (nadopišite)

   Sjedenje: _____

   Puzanje: _____

   Hodanje: _____

2. Je li kod Vašeg djeteta uočena (zaokružite):

   a) mlitavost ili opuštenost mišića (hipotonija)
   b) krutost mišića (hipertonija)
   c) psihomotorni nemir (fizički nemir praćen trešenjem različitih dijelova tijela)
   d) pojačano motorno kretanje (živahno)
   e) kratkotrajna pažnja
   f) nespretnost
   g) češće padanje, spoticanje
   h) sklonost povredama
   i) hod na prstima
   j) ne voli se kretati
   k) ostalo: _____
   l) ništa od navedenog

3. Smetaju li Vaše dijete pojedini podražaji kao što su *(zaokružite*):

   a) zvuk b) dodir c) svjetlosne promjene d) okus

   e) miris f) vrtnja/ljuljanje g) ostalo _____

   h) ništa od navedenog

4. Ponavlja li dijete uzastopno neke aktivnosti – repetitivna igra *(zaokružite)?*

   DA NE

   Ako ste zaokružili DA, navedite ispod primjer takve situacije.

   _____

5. Vaše dijete (*zaokružite i/ili dopišite*):

   a) dobro čuje, b) nosi slušno pomagalo, c) drugo _____
   d) dobro vidi, e) nosi naočale, f) drugo _____

6. Je li dijete uključeno u kakav oblik praćenja ili terapije (npr. edukacijski rehabilitator, fizijatar, neuropedijatar, radni terapeut, logoped, psiholog, fizioterapeut itd.)? (dopišite)

   a) koja ustanova _____
   b) koja vrsta stručnjaka _____
   c) vrsta terapije / zbog čega se vodi terapija _____

7. Imate li za Vaše dijete nalaze i/ili mišljenja tijela vještačenja ili rješenje HZZO-a ili druge medicinske nalaze i/ili mišljenja? (zaokružite)

   a) Nalaz i mišljenje Jedinstvenog tijela vještačenja b) Rješenje HZZO-a

   c) drugi nalazi i/ili mišljenja (npr. medicinski i drugi nalazi, nalazi i mišljenja specijaliziranih ustanova…)

VRIJEME DOLAŽENJA U VRTIĆ *(ispunjava stručni suradnik)*

Prvi dan dolaska bit će_____

Redovito će dolaziti u vrtić: u _____sati, a odlaziti u _____sati

(Napomena: redovan rad u matičnoj skupini odvija se od 7:00 do 16:30 sati. U slučaju potrebe korištenja jutarnjeg dežurstva od 6:00 do 7:00 sati, odnosno popodnevnog dežurstva od 16:30 do 17:30 sati, potrebno je na inicijalni razgovor donijeti potvrdu od poslodavca o radnom vremenu za oba roditelja)

Dijete će dovoditi_____

Podatke dao/la: _____

Datum ispunjavanja: _____

Potpis stručnog suradnika: _____