АНКЕТА «РАССКАЖИТЕ НАМ О РЕБЁНКЕ»

Предгоспитальное знакомство с семьёй и индивидуальными особенностями ребёнка

Анкета заполняется законным представителем.

1. Основные сведения

Имя ребёнка	_____
Возраст / дата рождения	_____
Предполагаемая дата заезда	_____
Кто сопровождает ребёнка	_____
Контакт для связи	_____

2. Коммуникация

Как ребёнок обычно выражает просьбы и общается?

☐ Устная речь ☐ Короткие фразы ☐ Жесты ☐ Карточки/PECS ☐ Коммуникатор ☐ Другое

Какие слова, жесты или карточки ребёнок использует для просьбы о помощи, отказа, сообщения о боли?

_____

_____

Какие способы обращения к ребёнку работают лучше? Нужны ли дополнительные паузы для ответа?

_____

_____

3. Что радует ребёнка

Любимые занятия, предметы, темы интереса, способы поддержки

_____

_____

СЕНСОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПОВСЕДНЕВНЫЙ РЕЖИМ

4. Сенсорная чувствительность

Какие стимулы могут вызывать дискомфорт?

☐ Громкие звуки ☐ Яркий свет ☐ Запахи ☐ Прикосновения ☐ Толпа ☐ Вода

☐ Текстура пищи ☐ Одежда ☐ Неожиданные изменения ☐ Другое: _____

Как это проявляется? Что помогает ребёнку справляться с нагрузкой?

_____

_____

5. Питание

Предпочитаемые продукты, консистенция, способ подачи, температура пищи

_____

_____

Что ребёнок категорически не ест? Есть ли подтверждённые пищевые аллергии или медицинские ограничения?

_____

_____

6. Сон, гигиена, самообслуживание

Обычное время сна и подъёма	_____
Особенности засыпания	_____
Нужна ли помощь при одевании	_____
Особенности туалета и гигиены	_____
Что помогает успокоиться	_____

7. Привычные средства адаптации

☐ Наушники ☐ Любимая игрушка ☐ Планшет/коммуникатор ☐ Визуальное расписание

Другие важные предметы, ритуалы или способы адаптации

_____

ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ

Медицинские сведения врач проверяет отдельно по документам и при контакте с семьёй. При наличии экстренного плана действий приложите его копию.

8. Состояние здоровья

Основные и сопутствующие заболевания, значимые особенности состояния

_____

_____

Эпилептические приступы	☐ Нет ☐ Да ☐ Неизвестно
Тяжёлые аллергические реакции	☐ Нет ☐ Да ☐ Неизвестно
Трудности глотания / риск аспирации	☐ Нет ☐ Да ☐ Неизвестно
Значимые нарушения сна / ЖКТ	☐ Нет ☐ Да ☐ Неизвестно

Постоянные лекарства: название, дозировка, время приёма; приложите лист назначений

_____

_____

9. Безопасность

Отметьте ситуации, требующие индивидуального плана сопровождения:

☐ Может неожиданно уйти / убежать ☐ Не замечает опасности ☐ Реакции у воды

☐ Самоповреждающее поведение ☐ Риск агрессии при перегрузке ☐ Другое

При каких обстоятельствах это возникает? Какие действия взрослых обычно помогают?

_____

_____

Есть ли действия, которых персоналу следует избегать?

_____

ПОДГОТОВКА К ПРИЕЗДУ

10. Медицинские процедуры и новые условия

Как ребёнок переносит осмотр врача, измерение температуры, прикосновения, процедуры?

_____

_____

Что помогает заранее подготовить ребёнка к новому занятию или изменению плана?

_____

_____

11. Пожелания семьи

Что нужно учесть при встрече, размещении, питании и организации первого дня?

_____

_____

_____

Какая информация о вашем ребёнке ещё поможет сотрудникам?

_____

_____

_____

Заполняет сотрудник Центра (после беседы)

Дата беседы	_____
Ответственный сотрудник	_____
Нужна консультация врача до заезда	☐ Да ☐ Нет
Индивидуальный план безопасности	☐ Требуется ☐ Не требуется ☐ Уточнить
Особенности размещения/питания	_____