

OBRAZAC ZA INICIJALNI RAZGOVOR

Ispunjeni obrazac za inicijalni razgovor **sastavni je dio upisnog postupka.**

Cilj je inicijalnog razgovora upoznati psihofizički razvoj djeteta na temelju procjene roditelja/skrbnika, priložene dokumentacije i zapažanja stručnih suradnika o ponašanju djeteta tijekom razgovora, a kako bi se dijete na što kvalitetniji način uključilo u odgojnu skupinu.

Podatke ispunite čitko, a u pitanjima zaokružite, označite ili nadopunite odgovore koji opisuju dijete.

PRILOŽITE POSTOJEĆU MEDICINSKU I DRUGU RELEVANTNU DOKUMENTACIJU BITNU ZA ZDRAVSTVENO STANJE I RAZVOJ DJETETA.

IME I PREZIME DJETETA:

DATUM I GODINA ROĐENJA DJETETA:

1. PODACI O OBITELJI:

a) S kim dijete živi (navesti)?: _____

b) Ako dijete NE živi s oba roditelja, navesti razlog:

Boravak u drugom gradu

Udomiteljstvo

Razvod braka

Skrbništvo

Razvrgnuta izvanbračna zajednica

Zabrana prilaska djetetu

Ostalo (navesti): _____

c) Obitelj je u tretmanu Centra za socijalnu skrb (zaokružiti): **DA / NE**

d) Ako da, koja je to vrsta (označiti):

Nadzor nad roditeljskim pravom

Brakorazvodna parnica

Korisnici pomoći

Ostalo, navesti: _____

e) Je li bilo važnih promjena u obitelji u zadnje vrijeme (zaokružiti): **DA / NE**

f) Ako da, koje su to promjene bile (označiti):

- Preseljenje
- Razvod
- Bolest
- Smrt člana obitelji
- Ostalo (navesti):

2. PODACI O ZDRAVSTVENOM I RAZVOJNOM STATUSU DJETETA

a) Trudnoća je bila (zaokružiti): uredna / rizična / ostalo (navesti): _____

b) Vrsta poroda (zaokružiti): prirodan / carski rez / vakuum / težak porod / ostalo (navesti): _____

c) Porod s (navesti) _____ tjedana.

d) Stanje djeteta pri porodu i nakon poroda (označiti):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Uredno | <input type="checkbox"/> Infekcija |
| <input type="checkbox"/> Omotana pupkovina | <input type="checkbox"/> Intrakranijalno krvarenje |
| <input type="checkbox"/> Asfiksija | <input type="checkbox"/> Primanje kisika |
| <input type="checkbox"/> Inkubator | <input type="checkbox"/> Ostalo (navesti): |

e) Dijete je dosad boravilo u bolnici (zaokružiti): **DA / NE**

f) Ako da, molimo nadopunite sljedeće podatke:

Koliko je puta dijete boravilo u bolnici? Nadopuniti: _____

Koliko je dana boravilo u bolnici? Nadopuniti: _____

Zbog čega je dijete bilo u bolnici? Nadopuniti: _____

Kakva je bila reakcija djeteta na bolnicu? Nadopuniti: _____

g) Ima li dijete bilo kakve alergije (zaokružiti)? **DA / NE**

h) Ako da, navedite na što je dijete alergično (nadopuniti): _____

i) Boluje li dijete od akutnih ili kroničnih bolesti (zaokružiti): **DA / NE**

Ako da, navedite od čega boluje ili je preboljelo (označiti):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Učestale respiratorne infekcije | <input type="checkbox"/> Febrilne konvulzije |
| <input type="checkbox"/> Epilepsija ili druge neurološke bolesti | <input type="checkbox"/> Bolesti usta i zubi |
| <input type="checkbox"/> Oštećenje vida | <input type="checkbox"/> Oštećenje sluha |
| <input type="checkbox"/> Bolesti urinarnog trakta | <input type="checkbox"/> Probavne smetnje ili bolesti |
| <input type="checkbox"/> Zarazne bolesti (navesti): | <input type="checkbox"/> Ostalo (navesti): |

j) Uzima li dijete redovito terapiju (zaokružiti)?: **DA / NE**

k) Ako da, navedite koje lijekove dijete uzima i koliko često:

l) Je li dijete uključeno u praćenje ili terapiju specijalista (zaokružiti)? **DA / NE**

m) Ako da, molimo navedite naziv ustanove, vrstu stručnjaka i terapiju:

n) Dijete ima odgojno-obrazovne teškoće (zaokružiti): **DA / NE**

Ako da, molimo označite koje su to teškoće (označiti):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oštećenje vida | <input type="checkbox"/> Oštećenje sluha |
| <input type="checkbox"/> Poremećaji iz spektra autizma | <input type="checkbox"/> Intelektualne teškoće |
| <input type="checkbox"/> Motorički poremećaji | <input type="checkbox"/> Teškoće u komunikaciji |
| <input type="checkbox"/> Višestruke teškoće u razvoju | <input type="checkbox"/> Kronične bolesti |
| <input type="checkbox"/> Rizična ponašanja | <input type="checkbox"/> Zdravstvene teškoće |
| <input type="checkbox"/> Deficit pažnje – hiperaktivni poremećaj | <input type="checkbox"/> Ostalo (navesti): |

o) Postoji li dokumentacija vezana uz djetetove zdravstvene i / ili razvojne teškoće (zaokružiti)?: **DA / NE**

Ako da, koja je to dokumentacija (navesti):

MOLIMO DA PRI DOLASKU NA INICIJALNI RAZGOVOR PRILOŽITE SVU DOKUMENTACIJU VAŽNU ZA UTVRĐIVANJE STATUSA I POTREBA DJETETA.

p) Djetetov pedijatar je (navesti): _____

3. POTREBE I NAVIKE DJETETA

• **PREHRANA**

a) Dijete konzumira tekućinu (označiti):

- Na bočicu
- Koristi šalicu uz pomoć
- Koristi šalicu samostalno

b) Dijete hranu konzumira (označiti):

- Kašastu
- Miksanu
- Usitnjenu
- Krutu

c) Dijete jede (označiti):

- Samostalno
- Rituali, navesti koji: _____
- Nesamostalno, potrebna je pomoć

d) Dijete ima poteškoće sa žvakanjem i/ili gutanjem (zaokružiti): **DA / NE**

Ako da, navedite koje su to teškoće: _____

e) Dijete odbija određenu hranu (zaokružiti): **DA / NE**

Ako da, navedite koja je to hrana: _____

f) Potrebna je eliminacijska prehrana (zaokružiti): **DA / NE**

Ako da, navedite koje su to namirnice: _____

PRILOŽITI POTREBNU MEDICINSKU DOKUMENTACIJU.

g) Dodatne napomene vezane uz prehranu (navesti): _____

• SPAVANJE I SAN

a) Noćni san: od _____ do _____ sati

b) Dnevni san: od _____ do _____ sati

c) Kako se dijete uspavljuje (označiti):

Zaspi samo

Duda

Bočica

Dojenje

Igračka

Ostalo, navesti:

d) Dijete spava (označiti):

Mirno

Nemirno

Plače u snu

Vrišti

Budi se (navesti): _____ puta

e) Posebne napomene vezane uz spavanje (navesti): _____

• HIGIJENSKE NAVIKE

a) Djetetu su potrebne pelene (zaokružiti): **DA / NE**

b) Ako da, kada su mu potrebne (označiti):

stalno

za dnevno spavanje

za noćno spavanje

c) Privikavanje na samostalno obavljanje nužde (zaokružiti): **DA / NE**

Ako da, s koliko je mjeseci počelo: _____

d) Sada dijete (označiti):

Samo ide na WC / kahlicu

Traži da ga se odvede

Treba ga podsjetiti

Sjedi i ne obavi nuždu

Odbija odlazak

Ne obavlja samostalno nuždu

Ostalo (navesti): _____

e) Ako je dijete odviknuto, događa li mu se (označiti):

Mokrenje u gaćice – u budnom stanju

Mokrenje u gaćice – na spavanju

Obavljanje velike nužde u gaćice

Zadržavanje stolice

f) Poremećaji vršenja nužde (označiti):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nema / normalno | <input type="checkbox"/> Noćno nekontrolirano mokrenje |
| <input type="checkbox"/> Dnevno nekontrolirano mokrenje | <input type="checkbox"/> Nekompatirano ispuštanje stolice |
| <input type="checkbox"/> Učestalo mokrenje | <input type="checkbox"/> Teškoće u vezi navikavanja na vršenje nužde |

• **MOTORIČKI RAZVOJ DJETETA**

a) Dijete samostalno sjedi? (zaokružiti): **DA / NE**

Ako **da**, s koliko mjeseci je počelo _____

b) Je li dijete puzalo? (zaokružiti): **DA / NE**

Ako **da**, s koliko mjeseci je počelo _____

c) Dijete samostalno hoda? (zaokružiti): **DA / NE**

Ako **da**, s koliko mjeseci je počelo _____

d) Uočavate li neke od navedenih specifičnosti u motoričkom razvoju svoga djeteta (označiti):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nespretnost | <input type="checkbox"/> spoticanje |
| <input type="checkbox"/> češće padanje | <input type="checkbox"/> sudaranje s predmetima |
| <input type="checkbox"/> sklonost povredama | <input type="checkbox"/> pojačano motorno kretanje |
| <input type="checkbox"/> hod na prstima | <input type="checkbox"/> ne voli se kretati |
| <input type="checkbox"/> ostalo (navesti): _____ | |

e) Pokazuje li dijete preosjetljivost na podražaje iz okoline? (označiti)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zvuk | <input type="checkbox"/> dodir |
| <input type="checkbox"/> svjetlosne promjene | <input type="checkbox"/> miris |
| <input type="checkbox"/> okus | <input type="checkbox"/> vrtanju |
| <input type="checkbox"/> ljuljanje | <input type="checkbox"/> ostalo (navesti): _____ |

- KOMUNIKACIJSKI I JEZIČNO – GOVORNI RAZVOJ DJETETA
 - a) Dijete se izražava gestom (označiti)
 - Gestom
 - Gugutanjem, brbljanjem
 - Riječima
 - Rečenicom
 - b) Kod djeteta primjećujete (označiti):
 - Donosi vam i pokazuje zanimljive stvari, igračke
 - Odaziva se na ime
 - Pogledava u vas i provjerava kako vi reagirate
 - Gleda vas u oči
 - Imitira vaše pokrete, grimase, pljeskanje
 - Smije se kad se vi smijete
 - Maše „pa – pa“
 - Koristi gestu pokazivanja
 - c) S koliko mjeseci je dijete izgovorilo prvu riječ sa značenjem? _____ mjeseci
 - d) S koliko mjeseci je dijete izgovorilo prvu rečenicu? (npr. auto brum brum) _____ mjeseci
 - e) Razumije li dijete što drugi govore? (zaokružiti) **DA / NE**
 - f) Izgovora li dijete pravilno sve glasove hrvatskog jezika (samo za stariju djecu od 3 godine) (zaokružiti) **DA / NE**
 - g) Ima li dijete promjene u tempu i ritmu govora (zastajkivanja, ponavljanja, ubrzavanja u govoru, i sl.) (zaokružiti) **DA / NE**
 - h) Živi li dijete u višejezičnoj sredini? (zaokružiti) **DA / NE**
 - i) Ako je odgovor **da**, koji je primarni jezik u obiteljskoj sredini? (navesti) _____
- SOCIO – EMOCIONALNI RAZVOJ
 - a) Dijete je dosad pohađalo dječji vrtić, obrt za dadilje, igraonicu? (zaokružiti) **DA / NE**
 Ako je odgovor **da**, kako se prilagodilo? _____
 - b) Dijete se od bliskih osoba odvaja? (označiti)
 - Teško
 - Bez većih problema
 - Nije se dosad odvajalo

c) Dijete je dosad imalo kontakt s drugom djecom? (označiti)

- Rijetko
- Povremeno
- Često

d) U kontaktu s drugom djecom (označite svaku primijećenu aktivnost):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Promatra drugu djecu | <input type="checkbox"/> Igra se u blizini njih |
| <input type="checkbox"/> Sramežljivo je | <input type="checkbox"/> Povučeno |
| <input type="checkbox"/> Pokazuje slabiji interes za igru s djecom | <input type="checkbox"/> Pokušava se uključiti u njihovu igru |
| <input type="checkbox"/> Dobro surađuje s drugom djecom | <input type="checkbox"/> Ponekad pokazuje grubost prema drugoj djeci (griženje, guranje, svađanje) |
| <input type="checkbox"/> Suosjeća | <input type="checkbox"/> Tješi |
| <input type="checkbox"/> Pomaže | <input type="checkbox"/> Spremno je djeliti, pokloniti |

e) U emocijama, raspoloženju i navikama, dijete (označite svaku primijećenu aktivnost):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jako uznemireno kad se odvoji od roditelja | <input type="checkbox"/> Žali se na bolove u trbuhu, glavi i slično |
| <input type="checkbox"/> Često se opire zahtjevima | <input type="checkbox"/> Često govori „ne“ i „neću“ |
| <input type="checkbox"/> Ljuti se, ima ispade bijesa | <input type="checkbox"/> Pokazuje ljubomoru |
| <input type="checkbox"/> Puno plače | <input type="checkbox"/> Ima respiratorne afektivne krize |
| <input type="checkbox"/> Pokazuje tikove | <input type="checkbox"/> Trešnje rukama |
| <input type="checkbox"/> Neobični pokreti rukama u blizini lica | <input type="checkbox"/> Griženje noktiju |
| <input type="checkbox"/> Griženje samog sebe | <input type="checkbox"/> Ljuljanje |
| <input type="checkbox"/> Uvrtanje kose | <input type="checkbox"/> Skakutanje na mjestu |
| <input type="checkbox"/> Vrtanju oko sebe | <input type="checkbox"/> Hodanje u krug |
| <input type="checkbox"/> Pokazuje strah od: _____ | <input type="checkbox"/> Ostalo (navesti): _____ |

f) Kako se dijete najlakše može utješiti (navesti):

• OBILJEŽJA DJETETOVE IGRE, PAŽNJE I SPOZNAJE

a) Dijete se najčešće voli igrati s (osoba, predmet i slično) (navesti):

b) Dijete pažnju u igri ili aktivnosti zadržava (označiti):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kraće vrijeme – često ne završi jednu igru | <input type="checkbox"/> Kraće vrijeme – prelazi na drugu igru |
| <input type="checkbox"/> Kraće vrijeme – često mijenja igre | <input type="checkbox"/> Lako ga prekidaju zvukovi ili podražaji sa strane |
| <input type="checkbox"/> Dugo se igra jednom igrom | <input type="checkbox"/> Ponavlja istu aktivnost puno puta uzastopno |
| <input type="checkbox"/> Ponekad je odsutno ili odluta mislima | <input type="checkbox"/> Ne mogu procijeniti |

c) Oprez u ponašanju (označiti):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nema opreza u ponašanju | <input type="checkbox"/> Neoprezno se udaljava od roditelja ili poznatih osoba |
| <input type="checkbox"/> Slabije procjenjuje opasnosti | <input type="checkbox"/> Penje se |
| <input type="checkbox"/> Stavlja sitne ili nejestive stvari u usta | <input type="checkbox"/> Odsustvo straha |
| <input type="checkbox"/> Ostalo, navesti: | |

d) Dijete provodi vrijeme pred ekranom (označiti):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ne provodi vrijeme pred ekranom | <input type="checkbox"/> Televizor |
| <input type="checkbox"/> Mobilni telefon | <input type="checkbox"/> Osobno ili prijenosno računalo |
| <input type="checkbox"/> Tablet | <input type="checkbox"/> Ostalo, navesti: |

e) Prosječno dnevno vrijeme koje dijete provede pred ekranima (navesti): _____ sati i _____ minuta.

f) Navedite u čemu je vaše dijete jako dobro i koje su njegove jake strane:

g) Brine li vas nešto vezano uz razvoj i ponašanje vašeg djeteta – ako da – što (navesti):

Svojim potpisom jamčim da su svi upisani podaci točni i potpuni te da su svi dostavljeni dokumenti vjerodostojni.

Prihvaćam da u slučaju navođenja neistinitih podataka u zahtjevu ili prilaganja nevjerodostojne dokumentacije DV Tratinčica i zadržava pravo promjene ugovora.

Barban, _____

Potpis podnositelja zahtjeva _____