

KWESTIONARIUSZ TRUDNOŚCI W JEDZENIU

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzeniawiek dziecka (wiek korygowany)

.....

Data badania

I. Dane dotyczące dziecka i rodziny

1. Rodzeństwo (wiek i czy rodzeństwo także wykazuje problemy z jedzeniem)

.....

2. Inne osoby współwychowujące dziecko

3. Okres prenatalny (choroby, infekcje, leki, czynniki toksyczne, warunki pracy, urazy mechaniczne i psychiczne)

.....

.....

.....

4. Przebieg porodu:

- termin porodu (tydzień ciąży)

- siłami natury cesarskie cięcie

(punktacja Apgar, żółtaczka fizjologiczna przedłużająca się, wady wrodzone, drgawki, położenie dziecka przy porodzie, poród wywołany, powikłany, ze wspomaganie itp.)

.....

.....

5. Stan dziecka w okresie niemowlęcym i przedszkolnym, przebyte urazy akustyczne, mechaniczne, psychiczne, choroby

.....

.....

6. Rozwój motoryczny (czas, ewentualne trudności)

▪ siadanie (ok. 6 m – ca)

▪ raczkowanie (ok. 10-12 m-ca)

▪ chodzenie (ok. 12 – 14 m-ca)

- zgłaszanie potrzeb fizjologicznych (ok. 12 -18 m-c)

7. Czynności fizjologiczne w obrębie narządu mowy:

- ssanie – karmienie naturalne, czy butelką – jak długie
- picie z kubka i innych akcesoriów (z czego pije, czy jest samodzielne, czy potrafi pić z kubka otwartego, od kiedy?)
- pobieranie pokarmu z łyżeczki (od kiedy, czy jest samodzielne, czy karmione)
- odgryzanie/gryzienie (czy dziecko samo odgryza, czy raczej szarpie jedzenie, czy podejmuje odgryzanie np. jabłka, czy wymaga pokrojenia na mniejsze kawałki?)
- żucie (czy żuje tylko po jednej stronie, czy przechowuje jedzenie w policzkach, czy żucie się wydłuża, inne trudności)
- rozszerzanie diety (od kiedy, ewentualne trudności)
- przejście z papek do produktów z grudkami oraz twardych (kiedy?, czy był odruch wymiotny, krztuszenie, inne trudności)
- czy było stosowane BLW (czy dziecko chętnie dotykało jedzenia rękami)
- ssanie smoczka, gryzaków, palca, inne
- wkładanie przedmiotów do buzi – jeśli tak, jak długo
- nawyki (ssanie kciuka, gryzienie paznokci, zgrzytanie zębami)

8. Oddychanie w czasie snu i zabawy gdy nie mówi (usta otwarte, zamknięte, wargi delikatnie rozchylone, chrapanie, ciężki oddech, bezdech, ślinienie)

9. Rozwój komunikacji językowej (głuzenie, gaworzenie, pierwsze słowa, jakie?, kiedy?)

- pierwsze zdania
- pierwsze dłuższe samodzielne wypowiedzi

- mowa dialogowa
 - inne sposoby porozumiewania się
10. Preferowane przez dziecko sposoby spędzania czasu (zabawy, ulubione zabawki, zainteresowania)
.....
.....
11. Kontakty z rówieśnikami, sposoby porozumiewania się i typy zabaw
.....
.....
12. Czy dziecko było hospitalizowane (kiedy, jaki powód, jak długo)
.....
13. Czy dziecko przyjmuje leki (jakie, od kiedy)
.....
14. Czy dziecko było objęte terapią (jaką, kiedy, ewentualne diagnozy)
.....
.....
15. Czy dziecko miało stwierdzone nieprawidłowe napięcie mięśniowe (obniżone, podwyższone)
16. Czy z dzieckiem współpracował dietetyk
17. Czy w 1 roku życia dziecko było chętne do jedzenia, a po posiłku lub w trakcie odginało się, miało reflux, były jakieś trudności w karmieniu
.....
18. Stan zdrowia dziecka:
- częste infekcje dróg oddechowych, przeziębienia
 - przewlekłe katar
.....
 - anginy
 - alergie
 - infekcje uszu
 - przerost migdałów (czy były badane)
.....
 - skrócone wędzidełko (czy był wykonany zabieg podcięcia)

- zmiany zapalne w jamie ustnej (afty, pleśniawki)
- bóle zębów, próchnica
- atopowe zapalenie skóry, problemy dermatologiczne
- problemy żołądkowo – jelitowe
- częste antybiotykoterapie
- czy dziecko przechodziło kuracje przeciwgrzybiczne/przeciw pasożytnicze .
.....
- kiedy były robione ostatnie badania krwi i moczu dziecka?
- czy był badany poziom żelaza i wapnia?

II. Informacje z zakresu integracji sensorycznej

1. Czy dziecko wkładało ręce do buzi w okresie niemowlęctwa
.....
2. Czy dziecko lubi się brudzić
3. Czy dziecko lubi malować palcami
4. Czy dziecko dotyka jedzenia, jeśli nie to jakiego
.....
.....
5. Czy kiedykolwiek był problem z czynnościami higienicznymi tj.: mycie głowy, mycie twarzy, kąpiel, czesanie włosów, obcinanie włosów, obcinanie paznokci, wycieranie ciała, itd.
.....
.....
6. Czy dziecku przeszkadzają jakieś rodzaje ubioru, obuwia, metek, itp.
.....
.....
7. Czy dziecko lubi chodzić boso
8. Czy dziecko chodzi na palcach
9. Czy dziecku przeszkadzają różne dźwięki, czy zatyka uszy
.....
10. Czy dziecku przeszkadzają jakiegokolwiek zapachy
11. Czy dziecko lubi światło

III. Informacje dotyczące spożywanych posiłków

1. Czy dziecko ma ulubione rytuały, smaki, zapachy, naczynia itp.
.....
2. Ile trwa posiłek
3. Ile dziecko jest w stanie jednorazowo zjeść
.....
.....

4. Czy dziecko potrafi okazywać głód
.....
.....
5. Czy były/są stosowane subtelne formy presji (nagroda, TV, tablet, sformułowania typu „za mamę, za tatę”, „jeśli nie zjesz obiadu, nie będzie deseru” itp.)
.....
.....
6. W jaki sposób rodzice zachęcają do zjedzenia posiłku
.....
.....
7. Czy podejmowano próby ponownego wprowadzenia wykluczonego wcześniej produktu
.....
.....
8. Proszę wymienić produkty, które dziecko wcześniej tolerowało (proszę opisać w jakiej postaci)
.....
.....
9. Czy dziecko:
- | | |
|--|----------------|
| ▪ W trakcie jedzenia ogląda bajki, filmiki | TAK/NIE |
| ▪ Zjada posiłki razem z pozostałymi członkami rodziny | TAK/NIE |
| ▪ Zjada posiłki w swoim pokoju/przy swoim stoliku | TAK/NIE |
| ▪ Potrafi wysiedzieć przy stole do końca posiłku | TAK/NIE |
| ▪ Je o stałych porach | TAK/NIE |
| ▪ Jest karmione | TAK/NIE |
| ▪ Je samodzielnie | TAK/NIE |
| ▪ W ciągu dnia ma liczne przekąski | TAK/NIE |
| ▪ Widok posiłku wywołuje odruch wymiotny | TAK/NIE |
| ▪ „Chomikuje” jedzenie w policzkach | TAK/NIE |
| ▪ Nie lubi dźwięku chrupkich pokarmów | TAK/NIE |
| ▪ Nie lubi potraw o intensywnym smaku, preferuje dania bez przypraw | TAK/NIE |
| ▪ Ma wygórowaną reakcję na zapachy (tj. panika, odruch wymiotny, ucieczka) | TAK/NIE |
| ▪ Unika głównie pokarmów brudzących, roztopiających się, klejących | TAK/NIE |
| ▪ Natychmiast chce umyć ubrudzone pokarmem ręce | TAK/NIE |
10. W którym miejscu dziecko je więcej?
DOM / PRZEDSZKOLE (SZKOŁA)
11. W którym miejscu chętniej próbuje nowych rzeczy?
DOM / PRZEDSZKOLE (SZKOŁA)

12. W jaki sposób w przedszkolu/szkole dziecko zachowuje się podczas jedzenia, czy spożywa zaproponowane posiłki

.....
.....

13. Czy dziecko ma ulubione rytuały, smaki, zapachy, naczynia itp.

.....

14. Ile trwa posiłek

15. Ile dziecko jest w stanie jednorazowo zjeść

.....
.....

16. Czy dziecko potrafi okazywać głód

.....
.....

17. Czy były/są stosowane subtelne formy presji (nagroda, TV, tablet, sformułowania typu „za mamę, za tatę”, „jeśli nie zjesz obiadu, nie będzie deseru” itp.)

.....
.....

18. W jaki sposób rodzice zachęcają do zjedzenia posiłku

.....
.....

19. Czy podejmowano próby ponownego wprowadzenia wykluczonego wcześniej produktu

.....
.....

20. Proszę wymienić produkty, które dziecko wcześniej tolerowało (proszę opisać w jakiej postaci)

.....
.....

21. Które ze stwierdzeń są bliskie Państwa przekonaniom związanym z jedzeniem (każdy rodzic może zaznaczyć swoje):

- a. Należy po posiłku zostawić czyste talerze, nie wolno marnować jedzenia
- b. Nie baw się jedzeniem
- c. Na śniadanie, obiad i kolacje jemy określone potrawy
- d. Słodycze i desery to nagroda za zjedzenie posiłku
- e. Nie mów z pełnymi ustami
- f. Dobry rodzic jest odpowiedzialny za skłonienie dziecka do jedzenia
- g. Jak zgłodnieje to zje – dziecko nie da się zagłodzić

Uzupełniając poniższe tabele w miejscu „UWAGI” proszę wpisać istotne informacje wpływające na spożywane danie (np. sposób przygotowania, forma, konkretny rodzaj potrawy) lub informację, że dziecko nie miało jeszcze okazji spróbowania dania.

Czy dziecko zjada:		UWAGI
TAK	NIE	

Chleb			
Bułka			
Kasza			
Ryż			
Płatki owsiane			
bakalie			
majonez			
masło			
makaron			

Owoce	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Jabłko			
Banan			
Kiwi			
Brzoskwinia			
Gruszka			
Śliwka			
Pomarańcza			
Arbuz			
Borówka amerykańska			
Cytryna			
Ananas			
Orzechy			
Czereśnie			
Maliny			
Truskawki			
Winogrona			
Nektarynka			

Warzywa	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Pomidor			
Ogórek zielony			
Ziemniaki			

Szczypiorek			
Kukurydza			
Czosnek			
Cebula			
Ogórek kiszony			
marchewka			
Pietruszka			
Rzodkiewka			
Szpinak			
Papryka			
Kapusta			
Sałata			
Koperek			
Por			
Groszek			
Buraki			
Pieczarki			
Brokuły			
Fasola			
Brukselka			

Mleko i produkty mleczne	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Mleko			
Jogurt gładki			
Jogurt z wsadem owocowym			
Ser żółty			
Twaróg			
kefir			
maślanka			
śmietana			

Mięso, ryby	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
pieczeń			
Kotlet schabowy			
gulasz			

ryby			
Paluszki rybne			
pasztet			
pasty rybne			
wędliny			

Cukier i słodczyce	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Lody			
Kisiel			
Budyń			
Ciasto			
Krucze ciastka			
Galaretka			
Miód			

Napoje	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Woda mineralna			
Sok			
Kompot			
Napoje gazowane			

Potrawy	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Rosół			
Mięso z sosem			
Surówka			
Inne:			