**KWESTIONARIUSZ TRUDNOŚCI W JEDZENIU**

Imię i nazwisko dziecka ……………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia ……………………..wiek dziecka ………….. (wiek korygowany) ………………...........................

Data badania ……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Dane dotyczące dziecka i rodziny**
2. Rodzeństwo (wiek i czy rodzeństwo także wykazuje problemy z jedzeniem) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Inne osoby współwychowujące dziecko …………………………………………………….............................
4. Okres prenatalny (choroby, infekcje, leki, czynniki toksyczne, warunki pracy, urazy mechaniczne i psychiczne) ……..........……………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………….....................................................................................................
5. 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 wspomaganiem itp. ) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Stan dziecka w okresie niemowlęcym i przedszkolnym, przebyte urazy akustyczne, mechaniczne, psychiczne, choroby ……………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. 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) .…….……..………………………….......................

1. 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) …………………………………………………………………………………………......................................................

1. Oddychanie w czasie snu i zabawy gdy nie mówi (usta otwarte, zamknięte, wargi delikatnie rozchylone, chrapanie, ciężki oddech, bezdech, ślinienie) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Rozwój komunikacji językowej (głużenie, gaworzenie, pierwsze słowa, jakie?, kiedy? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- pierwsze zdania …………………………………………………………………………………………………………………

- pierwsze dłuższe samodzielne wypowiedzi ………………………………………………………………………..

- mowa dialogowa ……………………………………………………………………………………………………………….

- inne sposoby porozumiewania się ……………………………………………………………………………………..

1. Preferowane przez dziecko sposoby spędzania czasu (zabawy, ulubione zabawki, zainteresowania) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Kontakty z rówieśnikami, sposoby porozumiewania się i typy zabaw ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Czy dziecko było hospitalizowane (kiedy, jaki powód, jak długo) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Czy dziecko przyjmuje leki (jakie, od kiedy) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Czy dziecko było objęte terapią ( jaką, kiedy, ewentualne diagnozy) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
6. Czy dziecko miało stwierdzone nieprawidłowe napięcie mięśniowe (obniżone, podwyższone) ……………………………………………………………………………………………………………………….
7. Czy z dzieckiem współpracował dietetyk ……………………………………………………………………………….
8. 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 ………………………………………………………………………………………….......................................................
9. Stan zdrowia dziecka:

* częste infekcje dróg oddechowych, przeziębienia ………………………………………………………………..
* przewlekłe katary …………………………………………………………………………………………………………………
* 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/przeciwpasożytnicze .…………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* 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 jakiekolwiek zapachy …...................................................................
11. Czy dziecko lubi światło …………………………………………………………….............................................
12. **Informacje dotyczące spożywanych posiłków**
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 i pragnienie …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................
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. 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, roztapiających się, klejących          **TAK/NIE**
* Natychmiast chce umyć ubrudzone pokarmem ręce                                     **TAK/NIE**

1. W którym miejscu dziecko je więcej?

**DOM / PRZEDSZKOLE (SZKOŁA)**

1. 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 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Które ze stwierdzeń są bliskie Państwa przekonaniom związanym z jedzeniem (każdy rodzic może zaznaczyć swoje):
2. Należy po posiłku zostawić czyste talerze, nie wolno marnować jedzenia
3. Nie baw się jedzeniem
4. Na śniadanie, obiad i kolacje jemy określone potrawy
5. Słodycze i desery to nagroda za zjedzenie posiłku
6. Nie mów z pełnymi ustami
7. Dobry rodzic jest odpowiedzialny za skłonienie dziecka do jedzenia
8. 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 słodycze** | **Czy dziecko zjada:** | | **UWAGI** |
|  | **TAK** | **NIE** |
| Lody |  |  |  |
| Kisiel |  |  |  |
| Budyń |  |  |  |
| Ciasto |  |  |  |
| Kruche 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: |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |