

Formularz zgłoszeniowy na badanie kwalifikacyjne do mikropolaryzacji mózgu

Data.....

Poniższe schorzenia zazwyczaj nie stanowią przeciwwskazania do zastosowania mikropolaryzacji. Proszę zatem o udzielenie szczerych odpowiedzi, co pozwoli na dobranie najbardziej optymalnych warunków terapii m.in. odpowiednie rozmieszczenie elektrod, program terapii etc.

1.Uczestnik terapii :.....

2.Data urodzenia dziecka:.....

3.Rodzic/opiekun :.....

5.Pełny adres zamieszkania :.....

6.e-mail :.....

7.telefon :.....

8.Jakie są główne problemy związane z rozwojem? (symptomy choroby, medyczna diagnoza)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9 . Ośrodkowy układ nerwowy

- Czy występowało krwawienie do ośrodkowego układu nerwowego, krwawienie dokomorowe (IVH), podpajęczynówkowe jakie, kiedy w jakim obszarze mózgu?

.....



Stowarzyszenie na rzecz wspomagania rozwoju dzieci i młodzieży

Stowarzyszenie Na Rzecz Wspomagania Rozwoju Dzieci i Młodzieży

Rzeszów, ul. Kwiatkowskiego 48a, 35-311 Rzeszów

www.titum.pl



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

- Czy stwierdzono torbiele, ogniska leukomalacji (PVL), rozmiękania istoty białej?
.....
- Czy występowały porażenia, niedowłady, porażenia nerwu twarzowego VII?
.....
- Czy cierpi z powodu bólów głowy, migren, przewlekłych bólów kręgosłupa?
.....
.....
- Czy dziecko miało kiedykolwiek napady drgawkowe, drgawki gorączkowe, utraty przytomności, wstrząśnienia mózgu, urazy ośrodkowego układu nerwowego, urazy kręgosłupa, rdzenia kręgowego, obrzęk mózgu?
.....
.....
- Czy choruje na padaczkę, lub chorowało w przeszłości, jakie leki przyjmuje, w jakich dawkach, jak często napady, ile napadów/dzień/tydzień/miesiąc?
.....
.....
- Czy pacjent w okresie ostatniego roku przyjmował leki psychotropowe, poprawiające funkcjonowanie mózgu np. nootropil, suplementy diety, zioła?
.....
.....
- Czy występują zaburzenia pamięci, trudności szkolne?
.....
.....
- Czy stwierdzono opóźnienie rozwoju psychomotorycznego ?
.....
.....
- Czy występują tiki, choroba Tourette?

- Czy występują zaburzenia emocjonalne, depresja, objawy psychosomatyczne, nerwice, zaburzenia lękowe, zachowania agresywne, autoagresywne, zaburzenia nastroju, nadpobudliwość, zaburzenia snu,?

.....

.....

.....

.....

- Czy stwierdzono choroby naczyniowe mózgu np. tętniaki, naczylniaki,?

.....

- Czy występowały infekcje – sepsa, zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, zapalenie mózgu, kiedy o jakiej etiologii?

.....

.....

.....

- Czy występowało zatrucie lekami, inne zatrucia czym kiedy?

.....

- Inne schorzenia ?

10. Wzrok

- Czy jest wada wzroku, jeśli tak to jaka, jakie silne okulary?

.....

- Czy stwierdzono astygmatyzm, zez zbieżny, rozbieżny, oczopląs, zaćma, jaskra, ślepotę korową, zaburzenia pola widzenia ?

.....

- Czy dziecko nawiązuje kontakt wzrokowy?

.....

- Czy występują zaburzenia koordynacji wzrokowo – ruchowej?

.....

- Kiedy było ostatnie badanie okulistyczne?

.....

11. Słuch

- Czy stwierdzono ubytek słuchu, niedosłuch, głuchotę (jeśli tak czy założono implant ślimakowy, aparaty słuchowe, kiedy)?

.....

- Czy dziecko reaguje na polecenia, potrafi powtórzyć proste zdania, wierszyki, piosenki,?

.....

.....

- Kiedy było ostateczne badanie słuchu?

.....

- Czy często występują zapalenia uszu, ?

.....

- Czy kiedykolwiek występowały :perforacje błony bębenkowej, nakłucia błony bębenkowej, jeśli tak to kiedy, jak często, operacje uszu, drenaże?

.....

- Czy pacjent cierpi na nadwrażliwość słuchową, na jakie dźwięki?

.....

- Czy występują szumy uszne?

.....

12.Mowa

- Kiedy dziecko zaczęło wydawać pierwsze dźwięki, kiedy początek mowy, jak wyglądał rozwój mowy, czy mówi obecnie, jak się porozumiewa?

.....

.....

.....

.....

.....

- Czy stwierdzono opóźniony rozwój mowy?

.....

.....

- Czy występowała afazja – utrata mowy ?

.....

.....

- Czy jest w trakcie terapii logopedycznej, jak długo?

.....

13.Napięcie mięśniowe

- Czy występują zaburzenia napięcia mięśniowego, wzmożone, obniżone napięcie mięśniowe, asymetria, spastyka – jakie, w jakich częściach ciała, po której stronie?

.....

.....

.....

16. Dodatkowe informacje:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

17. Wymiary dziecka:

obwód głowy.....

Podpis rodzica/opiekuna

.....