

Karta informacyjna uczestnika projektu „Krok do samodzielności”

Celem wywiadu jest ocena codziennego, całodobowego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w domu.

Imię i nazwisko uczestnika

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna mama –

Numer kontaktowy rodzica/opiekuna :

OCENA SPRAW ZDROWOTNYCH		
		Uwagi
1.	Występowanie ataków epilepsji lub innych nagłych dolegliwości	
2.	Dieta, nawyki żywieniowe,	
3.	Zażywanie środków farmakologicznych (jakie, kiedy, dawkowanie)	
4.	Alergie, uczulenia	
5.	Inne	
SAMODZIELNE FUNKCJONOWANIE		
6.	Higiena osobista	
7.	Spożywanie posiłków	
8.	Ubieranie się	
9.	Poruszanie się na terenie WTZ/ domu	
10.	Ogólne zachowanie	
11.	Sposób komunikacji	

RYTM DNIA DZIECKA - dzień wolny /dzień roboczy

(nawyki, przyzwyczajenia, rytuały, pory wstawania/ spania, plan dnia, godziny posiłków, hobby itp.):

Dzień wolny:

Dzień roboczy:

SPRAWY CODZIENNE

(zakupy, ścielenie łóżka, obowiązki domowe, pomoc przy przygotowaniu posiłków, planowanie i spędzanie czasu wolnego, hobby itp.)

RYTM DNIA RODZICA (dzień wolny /dzień roboczy) – bez/ z dzieckiem

(jak teraz, w chwili obecnej planuje pani/ pan swój czas wolny podczas nieobecności dziecka/ pobytu w placówce)

Dzień wolny z dzieckiem:



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



MINISTERSTWO
ROZWOJU



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Dzień roboczy z dzieckiem:

JAK/CZY WYOBRAŻA SOBIE PAN/PANI DZIEŃ/TYDZIEŃ BEZ SWOJEGO DZIECKA (EWENTUALNE PLANY, URLOP, HOBBY)

PRZEBYWANIE POZA DOMEM

(czy dziecko przebywa/nocuje poza domem dłużej niż jedna noc – u rodziny, znajomych.

Obawy, lęki, czy śpi samodzielnie, lunatykuje czy wymaga nadzoru, toaleta nocna. Inne specyficzne zachowania.

DODATKOWE UWAGI

Należ zwrócić uwagę na przygotowywanie samodzielnie posiłków (nauka przygotowywania, podstawowych dań, np. zupy)