

Formularz wywiadu KgKS

Prosimy Państwa o przeczytanie i wypełnienie tego formularza w spokoju wspólnie z Państwa dzieckiem.
Pytania pozostawione bez odpowiedzi omówimy z Państwem podczas naszego spotkania ☺

Nazwisko: _____ Imię: _____ Data urodzenia: _____

Wypełniony dnia: _____ przez: Matka Ojciec Inna osoba: _____

Przy udziale dziecka, którego dotyczy: Nie Tak

Moczenie się w nocy – Pomyślcie Państwo o ostatnich 4 miesiącach

Moje dziecko w nocy ma sucho. Tak, od ____ lat Nie

Moje dziecko tymczasowo miało nocami sucho. Tak, przez okres ____ miesięcy w wieku ____ lat Nie

Moje dziecko samodzielnie chodzi w nocy do toalety. Tak, regularnie Nie

Moje dziecko z trudnością daje się wybudzić. Tak, niemalże nie można go dobudzić Nie

Moczenie ma miejsce w niewielkich ilościach. Tak, tylko spodnie od piżamy są wilgotne Nie

Moczenie się następuje w kilku dozach. Tak, co najmniej ____ razy Nie

Moje dziecko nosi w nocy pieluchę. Tak Nie

Moczenie się w ciągu dnia - Pomyślcie Państwo o ostatnich 4 miesiącach (Liczy się nawet kilka kropel w majtkach!)

Moje dziecko w ciągu dnia ma sucho. Tak, od ____ lat Nie

Moje dziecko tymczasowo miało za dnia sucho. Tak, przez okres ____ miesięcy w wieku ____ lat Nie

Moczenie ma miejsce w niewielkich ilościach. Tak, tylko majtki są wilgotne Nie

Do moczenia się dochodzi wyłącznie po pójściu do toalety. Tak, tak jakby popuszczało Nie

Parcie na pęcherz pojawia się nagle (błyskawicznie). Tak, w ciągu kilku sekund Nie

Do moczenia się dochodzi zazwyczaj, kiedy moje dziecko opóźniło czas skorzystania z toalety. Tak, typowa sytuacja: (np. w trakcie zabawy, oglądania telewizji, gry na komputerze, w innych sytuacjach _____) Nie

Moje dziecko zauważa, kiedy się zmoczy. Tak Nie

Często obserwuję manewry mające na celu wstrzymywanie się (przysiadanie, krzyżowanie nóg, półprzysiad). Tak, dziennie ____ razy Nie

Infekcje dróg moczowych (zapalenia pęcherze lub nerek)

W ostatnich latach stwierdzono u mojego dziecka zapalenie pęcherza lub nerek. Tak, łącznie ____ razy, po raz ostatni _____ Nie

W tym samym czasie występowała gorączka. Tak, łącznie ____ razy, po raz ostatni Nie

Wypróżnianie / ślady kału na bieliźnie / oddawanie stolca w miejscach do tego nieprzeznaczonych – Pomyślcie Państwo o ostatnich 4 miesiącach

Moje dziecko uskarża się na bóle w trakcie wypróżniania się. Tak Nie

Dochodzi do pozostawiania śladów kału na bieliźnie lub wypróżniania w miejscach do tego nieprzeznaczonych. Tak, około ____ razy w tygodniu Nie

Rodzina

Posiadam wiedzę na temat członków rodziny, którzy potrzebowali więcej czasu, aby się nie moczyć. Tak, kto: _____ do wieku _____ lat Nie

W jakim gospodarstwie domowym zamieszkuje Państwa dziecko? Rodzice Matka Ojciec Inne osoby _____

Ile rodzeństwa ma Państwa dziecko? Bracia: ____ Siostry: ____

Dotychczasowe badania i leczenie

Moje dziecko było już badane i / lub leczone w związku z moczeniem się. Nie Tak, u lekarza pediatry, urologa, psychiatry, lekarza domowego, psychologa, osoby leczącej metodami niekonwencjonalnymi, u innych osób: _____ (Właściwe zaznaczyć)

Moje dziecko było już leczone jednym z podanych poniżej leków:

Oksybutynina (np. Dridase®) Nie Tak, od _____ do _____ Z powodzeniem: Nie Tak

Propiwersyna (np. Mictonetten®) Nie Tak, od _____ do _____ Z powodzeniem: Nie Tak

Desmopresyna (np. Minirin®) Nie Tak, od _____ do _____ Z powodzeniem: Nie Tak

Inne: _____ Nie Tak, od _____ do _____ Z powodzeniem: Nie Tak

Leczenie bez zastosowania leków

Moje dziecko było leczone w związku z moczeniem się jedną z podanych poniżej metod;

Spodnie z dzwonkiem, aparat budzący itp. Nie Tak, od _____ do _____ Z powodzeniem: Nie Tak

Zmiana nawyków picia Nie Tak, od _____ do _____ Z powodzeniem: Nie Tak

Psychoterapia Nie Tak, od _____ do _____ Z powodzeniem: Nie Tak

Medycyna alternatywna Nie Tak, od _____ do _____ Z powodzeniem: Nie Tak

Inne: _____ Nie Tak, Z powodzeniem: Nie Tak
od _____ do _____

Zdrowie / rozwój / zachowanie

- Moje dziecko chrapie. Nie Tak Nie wiem
- Moje dziecko ma problem zdrowotny lub psychiczny. Nie Tak, Tak, chciał(a)bym opowiedzieć o tym w trakcie rozmowy
- Rozwój językowy lub fizyczny mojego dziecka jest opóźniony. Nie Tak Nie wiem
- Moje dziecko łatwo się rozprasza. Nie Tak Nie wiem
- Moje dziecko wierci się ze zniecierpliwienia. Nie Tak Nie wiem
- Moje dziecko wykazuje problemy z koncentracją. Nie Tak Nie wiem
- Moje dziecko wykazuje niekontrolowane, impulsywne zachowanie. Nie Tak Nie wiem
- Moje dziecko reaguje agresywnym, przekornym zachowaniem i stawia opór. Nie Tak Nie wiem
- Moje dziecko wykazuje trudności w dostosowywaniu się do zasad. Nie Tak Nie wiem
- Moje dziecko jest bojaźliwe (np. w określonych sytuacjach, u określonych osób). Nie Tak Nie wiem
- Moje dziecko jest smutne, nieszczęśliwe, wycofuje się lub unika kontaktów. Nie Tak Nie wiem
- Moje dziecko ma problemy z osiągnięciami w szkole. Nie Tak Nie wiem
- Moje dziecko jest zmotywowane i gotowe do współpracy. Nie Tak Nie wiem
- Pytanie do dziecka /nastolatka:** Czy ktoś dotykał już kiedyś Twojego ciała, a Ty tego nie chciałaś / nie chciałeś? Nie Tak Nie wiem
 Ja lub moi rodzice chcieliby opowiedzieć o tym w trakcie rozmowy

Przyczyny

- Jestem w stanie sobie dobrze wyobrazić, że istnieją określone przyczyny moczenia się. Nie Tak, jakie: _____
 Tak, chciał(a)bym opowiedzieć o tym w trakcie rozmowy

Stres psychologiczny 1= brak jakiegokolwiek stresu psychologicznego do 5= ekstremalnie silny stres psychologiczny

Pytanie do rodziców: Jak bardzo przeszkadza Państwu moczenie się Państwa dziecka? 1 2 3 4 5

Pytanie do dziecka /nastolatka: Jak bardzo przeszkadza Ci Twoje moczenie się? 1 2 3 4 5