



УЗРАСТ И РАЗВОЈ ДЕТЕТА упитници за родитеље

Упитник за 4 месеца

(3 месеца 0 дана – 4 месеца 30 дана)



Датум попуњавања упитника:

При попуњавању овог обрасца пишите читко штампаним словима.
Молимо да дате следеће податке.

Подаци о детету

Име детета: _____ Средње слово: _____ Презиме детета: _____

Датум рођења детета: _____
дан месец година

Узраст детета: (недеља и дана) _____
недеља дана

Пол детета:

мушки женски

Ако је дете рођено 3 или више недеља пре термина, наведите колико је раније рођено: _____
недеља дана

Кориговани календарски узраст детета (ако је дете рођено 3 или више недеља пре термина, од календарског узраста одузмите број недеља и дана колико је дете раније рођено и упишите кориговани узраст изражен у недељама и данима): _____
недеља дана

Подаци о особи која попуњава упитник

Име: _____ Средње слово: _____ Презиме: _____

У ком сте односу са дететом:

родитељ старатељ васпитач неговатељ баба/деда/
неки други рођак хранитељ друго: _____
наведите однос

Адреса становања: _____

Град: _____ Поштански број: _____

Држава: _____ Кућни телефон: _____ Мобилни телефон: _____

Е-mail адреса: _____

Наведите особе које су вам помогле да поуните овај упитник: _____



На страницама које следе налазе се питања о активностима детета. Можда је ваше дете већ савладало неке од описаних активности, а неке није. Молимо вас да код сваког питања у кућицу ставите ознаку која указује на то да ли ваше дете ту активност обавља редовно, понекад или је још не обавља.

Упитник за 4 месеца

(3 месеца 0 дана – 4 месеца 30 дана)

ВАЖНЕ СТВАРИ КОЈЕ ТРЕБА ИМАТИ НА УМУ:

- Испробајте сваку активност са дететом пре него што означите кућице.
- Потрудите се да попуњавање овог упитника буде игра у којој ћете уживати и ви и дете.
- Активности проверавајте само када је дете одморно и сито.
- Молимо вас да овај упитник вратите до _____ (датум)

НАПОМЕНЕ:

КОМУНИКАЦИЈА

1. Да ли се беба благо кикоће?
2. Ако сте били изван видокруга бебе, да ли се она смеје или постане живахна када вас поново угледа?
3. Да ли престаје да плаче када чује глас некога другог осим вас?
4. Да ли се оглашава високим тоновима, као да цичи?
5. Да ли се гласно смеје?
6. Да ли се оглашава док гледа у људе или играчке?

ДА ПОНЕКАД ЈОШ НЕ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

КОМУНИКАЦИЈА УКУПНО ►

ГРУБА МОТОРИКА

1. Док лежи на леђима, да ли беба помера главу с једне на другу страну?
2. Када лежи потрбушке, да ли успева да спусти подигнуту главу или јој глава падне на подлогу?
3. Када лежи потрбушке, да ли подиже главу тако да јој брада стоји око 8 цм изнад подлоге бар 15 секунди?
4. Када лежи потрбушке, да ли држи високо усправљену главу и гледа околу? (Може се ослањати на руке док то ради.)
5. Када је поставите у седећи положај, да ли чврсто држи главу?



ДА ПОНЕКАД ЈОШ НЕ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

6. Када лежи на леђима, да ли ставља обе руке преко груди додирујући своје прсте?



ГРУБА МОТОРИКА УКУПНО ►

ФИНА МОТОРИКА

1. Да ли су шаке бебе сада чешће отворене или делимично отворене него скупљене у песницу, како их је држала као новорођенче?



ДА

ПОНЕКАД

ЈОШ НЕ

2. Када јој ставите играчку у шаку, да ли беба маше њом, макар и кратко време?

3. Да ли хвата или гребе своју бенкицу?

4. Када јој ставите играчку у шаку, да ли држи (око 1 минут) и разгледа играчку, машући њоме или покушавајући да је глође?

5. Да ли прстима граби површину испред себе или гребе по површини када је у положају на стомаку или када је ставите у крило у седећи положај?

6. Када је ставите у крило у седећи положај, да ли посеже ка играчки која се налази на столу у близини, чак и ако не може да је дотакне?

ФИНА МОТОРИКА УКУПНО ►

РЕШАВАЊЕ ПРОБЛЕМА

1. Да ли беба погледом прати играчку, понекад окрећући главу, када играчку (која је око 25 цм удаљена од њеног лица) полако померате са једне на другу страну?

2. Да ли погледом прати играчку која је око 25 цм удаљена од њеног лица када ту играчку полако померате горе-доле?

3. Када бебу ставите у крило у седећи положај, да ли гледа играчку (величине шоље или звечке) која се налази на столу или на поду испред ње?

4. Да ли посматра играчку коју сте јој ставили у шаку?

5. Да ли ставља у уста играчку коју сте јој ви ставили у шаку?

6. Када клатите играчку изнад бебе која лежи на леђима, да ли беба помера руке ка играчки?



РЕШАВАЊЕ ПРОБЛЕМА УКУПНО ►

ЛИЧНОСТ/ДРУШТВЕНОСТ

1. Да ли беба посматра своје шаке?
2. Када су шаке бебе једна уз другу, да ли се игра својим прстима?
3. Када угледа дојку или бочицу, да ли зна да ћете је нахранити?
4. Када је дојите, да ли придржава дојку слободном руком, односно када је храните на бочицу, да ли помаже придржавајући бочицу истовремено обема шакама?
5. Да ли се насмеши када вас угледа у близини пре него што се ви њој насмешите или почнете нешто да јој причате?

ДА	ПОНЕКАД	ЈОШ НЕ	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



6. Ако је испред великог огледала, да ли се осмехује или гуче када угледа свој лик?

ЛИЧНОСТ/ДРУШТВЕНОСТ УКУПНО ► _____

ОПШТЕ

Родитељи или особа која негује дете овде могу да унесу додатне коментаре.

1. Да ли беба подједнако добро користи обе шаке и обе ноге?

ДА НЕ

Ако је одговор НЕ, објасните:

2. Када је држите у стојећем положају тако да се одупире ногама, да ли су њена стопала већи део времена равно положена на подлогу?

ДА НЕ

Ако је одговор НЕ, објасните:

3. Да ли мислите да је беба превише тиха или се бринете што се не оглашава као друге бебе?

ДА НЕ

Ако је одговор ДА, објасните:

4. Да ли је у породици једног од родитеља било случајева глувоће или оштећења слуха у дечјем узрасту?

ДА НЕ

Ако је одговор ДА, објасните:

5. Да ли сте забринути због вида вашег детета?

ДА

НЕ

Ако је одговор ДА, објасните:

6. Да ли је дете имало било какав медицински проблем у последњих неколико месеци?

ДА

НЕ

Ако је одговор ДА, објасните:

7. Да ли у понашању детета постоји нешто што вас брине?

ДА

НЕ

Ако је одговор ДА, објасните:

8. Да ли постоји ишта што вас брине када је реч о вашем детету?

ДА

НЕ

Ако је одговор ДА, објасните:



Сажетак информација из Упитника за 4 месеца

(од 3 месеца 0 дана до 4 месеца 30 дана)

Име детета: _____ Датум попуњавања упитника: _____

ИД број детета: _____ Датум рођења: _____

Особа која попуњава упитник: _____ Да ли се при избору упитника водило рачуна о узрасту коригованом због превременог рођења детета? ДА НЕ

1. САБЕРИТЕ ОЦЕНЕ И ПРЕНЕСИТЕ ЗБИРОВЕ У ТАБЕЛУ У ДАЉЕМ ТЕКСТУ: Детаљи се наводе у Приручнику за кориснике; ту је објашњено и како се резултати прилагођавају ако за неку ставку не постоји одговор. Оцените сваки задатак (ДА = 10, ПОНЕКАД = 5, ЈОШ НЕ = 0). Саберите све ставке и упишите збир за сваку област на предвиђено место. У следећу табелу пренесите збирове и попуните кружиће који одговарају тим збировима.

Област	Гранична вредност	Укупни резултат	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Комуникација	34,60		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Груба моторика	38,41		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Фина моторика	29,62		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Решавање проблема	34,98		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Личност/друштвеност	33,16		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ПРЕНЕСИТЕ ОДГОВОРЕ ИЗ ОДЕЉКА „ОПШТЕ“: Ако је одговор исписан великим масним словима, поступак треба наставити; погледајте више о томе у Приручнику за кориснике.

1. Користи ли обе руке и ноге подједнако добро? **ДА НЕ** 5. Постоји ли забринутост због вида? **ДА НЕ**
Коментари: _____ Коментари: _____

2. Стопала су равно положена на подлогу већи део времена? **ДА НЕ** 6. Постоје ли било какви медицински проблеми? **ДА НЕ**
Коментари: _____ Коментари: _____

3. Постоји ли забринутост због неоглашавања? **ДА НЕ** 7. Постоји ли забринутост због понашања? **ДА НЕ**
Коментари: _____ Коментари: _____

4. Постоји ли породична историја оштећења слуха? **ДА НЕ** 8. Постоје ли други проблеми? **ДА НЕ**
Коментари: _____ Коментари: _____

3. ТУМАЧЕЊЕ РЕЗУЛТАТА УПИТНИКА И ПРЕПОРУКА ЗА ДАЉЕ ПОСТУПАЊЕ. Да бисте одредили даље одговарајуће поступке/ активности праћења детета, морате узети у обзир збирове за појединачне области, одговоре на питања из општег дела и друге факторе, нпр. могућности за увежбавање вештина.

- ♦ Ако се укупна оцена за дете налази у зони оцена је изнад граничне вредности и указује на то да се дете добро развија.
- ♦ Ако се укупна оцена за дете налази у зони оцена је близу граничне вредности. Неопходно је да се организују активности учења и да се прати даљи развој детета.
- ♦ Ако се укупна оцена за дете налази у зони оцена је испод граничне вредности. Можда је потребно да одговарајући стручњак обави даљу процену детета.

4. ПРЕДУЗЕТЕ АКТИВНОСТИ ЗА ПРАЋЕЊЕ: Обележите све што је потребно предузети.

- Организовати активности и поново обавити тестирање за ___ месеци.
- Обавестити педијатра (здравственог радника) о резултатима.
- Упутити дете на преглед слуха, вида и/или понашања (заокружите све што је потребно).
- Упутити дете на преглед у другу здравствену установу (наведите разлог): _____
- Упутити дете на рану интервенцију/предшколско васпитање и образовање.
- За сада без даљих активности.
- Друго (навести): _____

5. ОПЦИОНО:

Пренесите одговоре по ставкама (Д = ДА, П = ПОНЕКАД, Ј = ЈОШ НЕ, Х = нема одговора).

	1	2	3	4	5	6
Комуникација						
Груба моторика						
Фина моторика						
Решавање проблема						
Личност/друштвеност						