שאלון להדרכת הורים

*את השאלון יש למלא במחשב כקובץ WORD- ולא בכתב יד ולא בPDF!*

*מילוי השאלון נעשה על ידי סימון או הקלדה בשטחים האפורים*

*יש להחזיר לכתובת* Julia.tamir.forms@gmail.com *יש לשמור את הקובץ תחת שם הילד/ה*

שם הילד/ה:      מין: [ ] בן [ ] בת מס' ת.ז

גיל הילד/ה:

שם הורה 1 :     \_ גיל       עיסוק     שעת חזרה הביתה מהעבודה

שם הורה 2:      גיל      עיסוק\_     שעת חזרה הביתה מהעבודה

אנא רשמו שמות וגילאים של ילדים נוספים במשפחה:

 באיזו מסגרת נמצא הילד/ה?       עד איזו שעה הילד/ה נמצא במסגרת?

*שאלון בריאות:*

1. האם הבריאות תקינה באופן כלל? [ ] כן [ ] לא (אם לא פרטו) ?
2. משקל       גובה/אורך
3. האם הילד/ה/ה נוחר/ת? [ ] כן [ ] לא
4. האם יש נשימה בפה פתוח בשינה? (אחד מהסימנים הללו או יותר: פה פעור לרווחה, סנטר זקור, שפתיים יבשות, רוק על הכרית/סדין)? [ ] כן [ ] לא הערות
5. האם ידוע על רגישות למזון או לתרופות [ ] כן [ ] לא
6. האם יש גרד או פריחה? [ ] כן [ ] לא
7. האם הילד/ה/ה מטופל/ת בתרופות? [ ] כן [ ] לא. אם כן, איזה, האם יש תופעות לוואי ידועות?
8. האם הילד/ה/ה קיבל/ה או מקבל/ת בעבר טיפול או תרופות אלטרנטביים (כמו הומאופתיה וכד')? [ ] כן [ ] לא. אם כן, איזה?
9. התפתחות מוטורית בינקות: [ ] תקינה[ ]  איחור

 (נא לפרט אם יש איחור התפתחות       )

1. תקשורת בינקות: תקינה/ איחור [ ] תקינה[ ]  איחור
2. (נא לפרט אם יש איחור)

*סדר היום, והרגלי שינה של הילד/ה:*

1. מהי שעת קימה "סופית" בבוקר בימי חול/לימודים?
2. האם ישנו קושי לקום בימי חול/לימודים? [ ] כן [ ] לא
3. מהי שעת קימה בסופי שבוע ובחופשות?
4. האם יש ארוחת בוקר[ ] כן [ ] לא, אם כן מה אוכלים ובאיזו שעה:
5. האם יש ארוחת צהריים [ ] כן [ ] לא, אם כן מה אוכלים ובאיזו שעה
6. האם הילד/ה אוכל ארוחות ביניים/נשנושים אחרי הצהריים/גן?
7. האם יש ארוחת ערב [ ] כן [ ] לא, אם כן, מה אוכלים ובאיזו שעה
8. באיזו שעה עושים אמבטיה?
9. באיזו שעה הילד/ה/ה הולך/ת לישון שנת לילה?
10. כמה זמן לוקח לו/ה להירדם?
11. באיזה חדר ישן/ה הילד/ה?
12. האם עובר/ת לחדר ההורים או למיטתם במהלך הלילה? [ ] כן [ ] לא
13. אנא תארו במספר משפטים את מהלך ההשכבה לישון- (אם האמבטיה היא בערב- אז התחילו בתיאור שלאחר האמבטיה):
14. כמה פעמים בממוצע הילד/ה/ה מתעורר/ת בלילה, בשבוע?
15. האם הילד/ה/ה בוכה בעת ההתעוררות, ומהי עוצמת הבכי: [ ] "קיטור"/[ ] בכי/ [ ] בכי חזק/ [ ] צרחות
16. האם הילד/ה/ה בעיניים [ ] פקוחות או [ ] עצומות בעת ההתעוררות בלילה?
17. בעת ההתעוררות בלילה, האם הילד/ה/ה [ ] מתיישב/ת, [ ] עומד/ת, [ ] יורד/ת מהמיטה?
18. כיצד והיכן מורדם הילד/ה בהתעוררויות בלילה: [ ] במיטה שלו/ [ ] במיטת ההורים/ [ ] בחדר ההורים על מזרן/[ ]  במקום אחר, פרטו
19. האם ישנה תופעה של דיבור מתוך שינה [ ] כן [ ] לא? הליכה מתוך שינה [ ] כן [ ] לא? הרטבת לילה [ ] כן [ ] לא? מה התדירות בשבוע?
20. האם הילד/ה/ה מדווח על פחדים מהחושך/ מהשינה/ מדמויות בערב לפני השינה [ ] כן [ ] לא, ו/או במהלך הלילה, בעת ההתעוררות הלילית [ ] כן [ ] לא? אנא פרטו

גמילה מחיתול:

1. האם הילד/ה גמול/ה מחיתול בשעות היום? [ ] כן [ ] לא [ ]  גמילה חלקית, פרטו      (אם לא, ניתן לדלג על השאלות של חלק זה)
2. אנא סמנו האם הילד/ה ישן/ה עם חיתול? [ ] ביום [ ]  בלילה [ ]  ישן ללא חיתול
3. באיזה גיל התבצעה הגמילה?
4. כמה זמן נמשכה הגמילה?
5. אם היו קשיים או מאפיינים מיוחדים בגמילה אנא פרטו:

**התנהגות:**

* 1. האם הילד חווה התקפי זעם בעקבות סירוב לבקשות/שיתוף פעולה? [ ] לא [ ] כן
	2. מהי תדירות התקפי הזעם?

 [ ] פעם בכמה ימים [ ] פעם ביום [ ]  יותר מפעם אחת ביום

* 1. **אנא תארו** במה באים לידי ביטוי **התקפי הזעם**, כיצד הילד/ה מתנהגת?

[ ] בכי [ ] רקיעות רגליים [ ]  השתטחות על הרצפה [ ]  מרביץ לאחרים

 [ ]  פוגע בעצמו [ ]  משליך/משחית חפצים תופעות נוספות/פירוט

* 1. תארו 3 סיטואציות מהימים האחרונים שבהן התעורר **התקפי זעם-**
		1. - מה היה הטריגר, מה הצית את התקף הזעם ?       מי היו הנוכחים, מבוגרים וילדים?       כיצד האירוע הסתיים? כיצד הילד/ה נרגע/ה בסופו של דבר?
		2. - מה היה הטריגר, מה הצית את התקף הזעם ?       מי היו הנוכחים, מבוגרים וילדים?       כיצד האירוע הסתיים? כיצד הילד/ה נרגע/ה בסופו של דבר?
		3. - מה היה הטריגר, מה הצית את התקף הזעם ?       מי היו הנוכחים, מבוגרים וילדים?       כיצד האירוע הסתיים? כיצד הילד/ה נרגע/ה בסופו של דבר?
	2. האם **התקפי הזעם** מופיעים יותר בנוכחותו של הורה מסוים? [ ] לא [ ] כן אם כן, מי מההורים?
	3. האם **התקפי הזעם** מתרחשים [ ] בעיקר מחוץ לבית [ ]  בעיקר בבית

 [ ]  במידה שווה בבית ובחוץ

* 1. האם הילד/ה מעדיף/ה את אחד ההורים על פני השני? [ ] לא [ ] כן

 אם כן, מי מההורים?

* 1. האם ישנה **התנהגות תוקפנית** מעבר להתקפי הזעם? [ ] לא [ ] כן אם כן, האם מדובר בתוקפנות [ ] פיזית [ ] מילולית

תאום ציפיות:

1. מהיכן שמעתם על הייעוץ של יוליה ("איך הגעתם אליי?")? [ ]  המלצת חברים/מכרים

 [ ]  אינטרנט [ ]  טיפת חלב [ ]  אחר, אנא פרטו

1. מדוע פניתם לייעוץ (כיצד הייתם מגדירים את הבעיה)?
2. האם שני בני הזוג מסכימים שישנה בעיה [ ] כן [ ] לא. אם לא, אנא רשמו את עמדתו של כל אחד מבני הזוג
3. האם שני בני הזוג מסכימים לגבי הפנייה לייעוץ אצל יוליה טמיר? [ ]  כן [ ]  לא.
4. מהו היעד או המטרה של הייעוץ מבחינתכם (מהו השינוי שהייתם רוצים להשיג?)
5. אילו חששות או היסוסים יש לכם מהמפגש או מהייעוץ?