

ÇOCUK TANITIM FORMU

Görüşmenin yapıldığı tarih:-----

Görüşmeyi yapan kişi:-----

Görüşmenin yapıldığı kişi (birey, yakını):-----

I- BİREYE ÖZEL TANITICI BİLGİLER

Adı Soyadı: -----

Doğum Yeri:-----

Yaşı: -----

Cinsiyet:-----

Eğitim durumu: -----

Çocuğun kuruma giriş tarihi:-----

Kardeşi var mı? ☐ Yok ☐ Var

Var ise kurumda kardeşi var mı?

Sosyal güvence: ☐ Yok ☐ Var

II- ÇOCUĞUN SAĞLIK/HASTALIK ÖYKÜSÜ

I- Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri:

a- Sağlığın Algılanması ve Sağlığın Yönetimi:

Her hangi bir yakınması var mı?

Sürekli kullandığı ilaç var mı? :.....

İlaçlarıyla ilgili herhangi bir problem var mı?

☐Evet ☐Hayır

Evet ise ne tür bir problem var?.....

Risk Faktörleri:

Allerjileri (ilaç, besin, flaster, boya..):-----

b. Beslenme ve metabolik durum:

Beslenme şekli: ☐ Normal ☐Yardımla besleniyor☐ Parenteral

☐ Enteral ☐ Gastrostomi

Diyeti var mı? ☐ Hayır ☐ Evet -----

Yiyemediği/ yemediği yiyecekler ?

İştah durumu nasıl? ☐ Normal ☐ Artmış ☐Azalmış ☐Bulantı ☐ Kusma

Yeme/yutma güçlüğü var mı? ☐ Yok ☐ Katı besin ☐Sıvı besin

Günlük sıvı alımı:-----

Ağız mukozasının durumu:

☐ Normal ☐ Stomatit ☐Hiperemik

☐ Kanama ☐ Monoliazis

Ağız kokusu var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Dişlerin Durumu ve sayısı:-----

c- Boşaltım Şekli:

Bağırsak alışkanlığı:-----/gün

Son defekasyon tarihi:-----

Defekasyon durumu:

☐ Normal ☐ Konstipasyon ☐ Diyare ☐ İnkontinans ☐ Ostomi ☐ Enkoprezis

Defekasyon gereksinimini karşılama biçimi:

☐ Normal ☐ Sürgü ☐ Komod ☐ Alt bezi

Laksatif kullanma durumu:

Mesane Alışkanlıkları:

☐ Normal Sıklığı:-----☐ Dizüri ☐ Noktüri ☐ Sıkışma/kaçırma ☐ Hematüri ☐ Retansiyon ☐ Enürezisİnkontinans: ☐ Yok ☐ Var ☐ Total ☐ Gündüz ☐ Gece
☐ Nadiren ☐ İşemeyi ertelemede güçlük ☐ Tuvalet ulaşmada güçlükYardımcı Araç: ☐ Gereksinimi yok ☐ Aralıklı kateterizasyon
☐ Kalıcı kateter ☐ Eksternal kateter

İdrar yapma gereksinimini karşılama şekli:

☐ Normal ☐ Sürgü/ördek ☐ Üriner kateter ☐ Alt bezi

Terleme /koku sorunu var mı?.....

d- Aktivite/Egzersiz:

Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirme Durumu	0 (kendi kendine tam bakıyor)	1 (araç gerece gereksinim duyuyor)	2 (bir başka kişinin denetiminde yapıyor)	3 (Bağımlı)
Giyinme, kendine çeki düzen verme Giysisini giyme Düğmelerini ilikleyebilme Saçını tarayabilme / yıkayabilme Benzer aktiviteler				
Yerinden Kalkma Sandalyeden ayağa kalkma Yatağa girip çıkma Benzer aktiviteler				
Yemek yeme Çatal- kaşık kullanabilme Bardağı kaldırıp ağzına götürebilme Benzer aktiviteler				
Yürüme Düz yolda yürüyebilme Merdiven inip çıkabilme Benzer aktiviteler				
Hijyen Vücudunu yıkayıp kurulum Tuvalet oturup kalkabilme Diş fırçalayabilme Tırnak bakımı Benzer aktiviteler				

Banyo yapma sıklığı:-----/hafta
--/gün

Diş fırçalama sıklığı:-----

Genel görünüm: ☐ Bakımlı ☐ Bakımsız

e- Uyku /İstirahat Şekli:

Normalde gecede kaç saat uyuyor?-----

Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

Uykuya başlamada bir problem var mı? ☐ Yok ☐ Var

Rahat uyumak gevşemek için kullandığı bir yöntem var mı?

☐ Yok ☐ Var.....

Gündüz uyuma/şekerleme alışkanlığı var mı?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen

Uykudan dinlenmiş olarak kalkıyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

f- Bilişsel Algılama Biçimi:

İşitme gücü: ☐ Var ☐ Yok

İşitme cihazı kullanıyor mu?: ☐ Evet ☐ Hayır

Görme bozukluğu var mı? ☐ Var ☐ Yok

Gözlük/lens kullanıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Dokunma/hissetme kaybı var mı? ☐ Var ☐ Yok

Koku alma yetisi: ☐ Normal ☐ Normal değil

Tat alma yetisi: ☐ Normal ☐ Normal değil

Halüsinasyon/İllüzyon: ☐ Yok ☐ Var-----

Konsantre olma/ dikkatini toplama yeteneği:-----

En kolay öğrenme şekli(okuyarak, dinleyerek, görerek):-----

Öğrenmede zorluk çekiyor mu?-----

Kolay karar verme yeteneği:-----

Son zamanlarda hatırlamada sorun yaşıyor mu?(yakın ve uzak zamana ilişkin olayları hatırlıyor mu?)-----

g- Kendini Algılama/ Kavrama Biçimi:

Algıladığı herhangi bir tehlike/korku var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

Endişe /Gerginlik /Huzursuzluk var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

Öfke/kızgınlık var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

Umutsuzluk var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

Keder/ağlamaklı olma durumu var mı? ☐ Yok ☐ Var.....

Çocuğun kendi bedeni hakkındaki görüşlerinde bir değişiklik var mı?

☐ Yok ☐ Var-----

Çocuğun içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendine saygı, güven duyma ve kendine değer verme duygularında bir değişme var mı?

☐ Yok ☐ Var-----

Çocuğun içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendi kimliği hakkındaki görüşlerinde değişme var mı?

☐ Yok ☐ Var-----

Çocuk içinde bulunduğu durum nedeniyle başkalarının kendi kimliği hakkındaki görüşlerinin değiştiğini düşünüyor mu?

☐ Hayır

☐ Evet-----

1- Rol İlişki Şekli

Rolleri yerine getirme yeteneğinde yetersizlik var mı? (Anne, baba, çocuk, mesleki rol):

.....
Yaşamında önemli olan
kişiler.....

Yakın çevre ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde bir zorluk yaşıyor mu?

☐ Hayır

☐

Evet

.....
Sağlık personeli ile iletişimde bulunuyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

Diğer arkadaşları ile iletişimde bulunuyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

Konuşma modeli: ☐ Normal (Düzenli, mantıklı) ☐ Bozuk (hızlı, yavaş, küfürlü, alaycı gibi)
Sözlü ve sözsüz iletişimi arasında uyumsuzluk var mı?

☐ Yok

☐ Var

Dinlemede güçlük çekiyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

Toplumsal kurallara uygun olmayan davranışı var mı?(Bulunduğu ortamda kendine, etrafındakilere zarar verebilecek davranışlar)

☐ Yok

☐ Var-----

Varsa ailenin ve ona yakın olan kişilerin tutumu:-----

j- Stres ile Baş etme/ Tolere Etme Durumu:

Yaşadığı güçlük, sıkıntı ve engeller var mı?

☐ Yok

☐ Var-----

Bu güçlük ve engellerle nasıl baş edebiliyor?-----

Hastalık veya hastaneye yatmaya ilişkin endişeleri var mı? (Parasal, özbakım.)

☐ Yok

☐ Var-----

III- AİLE İÇİ İLİŞKİLER

Anne ile sorun ☐ Yok ☐ Var-----

Baba ile sorun ☐ Yok ☐ Var-----

Kardeşi ile sorun ☐ Yok ☐ Var-----

IV- OKUL YAŞANTISI

Okul adı: -----
-

Okul başarısı ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

Arkadaş ilişkileri : Sorun ☐ Yok ☐ Var-----

Öğretmen ile ilişkiler: Sorun ☐ Yok ☐ Var-----

Okula ilişkin duyguları: ☐ Olumlu ☐ Olumsuz

ÇOCUKLA İLGİLİ DİĞER SORUNLAR:

Ağızda salya: ☐ Yok ☐ Var-----

Kil, toprak yeme: ☐ Yok ☐ Var-----

Bayılma: ☐ Yok ☐ Var-----

Kekemelik: ☐ Yok ☐ Var-----

Tikler: ☐ Yok ☐ Var-----

Parmak emme: ☐ Yok ☐ Var-----

Aşırı hareketlilik: ☐ Yok ☐ Var-----

Diğer: -----

AŞILAMA

☐ Tamamlanmış

☐ Tamamlanmamış

FİZİKSEL DEĞERLENDİRME (Objektif):

Kilo:..... Boy:..... Kilo persentil:..... Boy persentil:.....

Beden Kitle İndeksi (kilo/boy²):.....

Değerlendirme: ☐ < 20 zayıf ☐ 20-24.9 uygun kilo

☐ 25-29.9 hafif obez ☐ 30-39.9 obez

☐ > 40 aşırı obez

Son 1 yılda kilo alma/ kilo kaybı var mı?-----

Varsa ne kadar?-----

Ateş:-----

Nabız:----- ☐ Güçlü ☐ Zayıf ☐ Düzenli ☐ Düzensiz

Kan basıncı:----- ☐ Sağ kol ☐ Sol kol ☐ Oturarak ☐ Yatış

Solunum hızı:-----/dk

Solunumun niteliği: ☐ Normal ☐ Yüzeysel ☐ Hızlı ☐ Çabalı ☐ Diğer