



KWESTIONARIUSZ TRUDNOŚCI W JEDZENIU

Kwestionariusz ma za zadanie uzupełnienie danych dotyczących się problemów żywieniowych. Zebrane informacje posłużą za wskazówki do prowadzenia terapii, a także pomogą ocenić jej postępy.

Imię i nazwisko dziecka:

Adres zamieszkania:.....

Data urodzenia:

Dane dotyczące dziecka i rodziny

1. Okres prenatalny (choroby, infekcje, leki, czynniki toksyczne, warunki pracy, urazy mechaniczne i psychiczne)

.....
.....
.....

2. Przebieg i rodzaj porodu (wcześnieactwo, punktacja Apgar, żółtaczka fizjologiczna przedłużająca się, wady wrodzone, drgawki)

.....
.....

3. Rozwój motoryczny (siadanie, raczkowanie, stanie, chodzenie, ogólna sprawność ruchowa)

.....
.....

4. Czy dziecko przechodziło jakieś operacje (jakie, kiedy)

.....

5. Czy dziecko przyjmuje leki (jakie, od kiedy)

.....

6. Czy dziecko było objęte terapią (jaką, kiedy, ewentualne diagnozy)

.....
.....

7. Czynności fizjologiczne w obrębie narządu mowy:

– ssanie:

- karmienie naturalne, czy butelką – jak długie

.....

- ewentualne trudności z karmieniem

.....

.....

.....



- ssanie smoczka, gryzaków, palca, inne
.....

- wkładanie przedmiotów do buzi – jeśli tak, jak długo
.....
.....
.....

- gryzienie, żucie – długotrwałe podawanie papek, długotrwałe trzymanie pokarmu w ustach, częste popijanie w trakcie posiłku, przesuwanie palcami pokarmu w głąb jamy ustnej, preferowanie pokarmów zmiękczone np. sosem, problem z odgryzaniem, inne trudności
.....
.....
.....

8. Czy był etap przejścia z papek do pokarmów stałych
.....

9. Czy z dzieckiem współpracował dietetyk
.....

10. Czy w 1 roku życia dziecko było chętne do jedzenia, a po posiłku lub w trakcie odginało się, miało reflux, były jakieś trudności w karmieniu
.....

11. Czy dziecko się dławii, krztusi podczas karmienia
.....

12. Stan zdrowia dziecka

- częste infekcje dróg oddechowych, przeziębienia
- zmiany zapalne w jamie ustnej (afty, owrzodzenia, inne)
- alergie, nietolerancje
- powiększone migdałki
- skrócone wędzidełko
- atopowe zapalenie skóry, problemy dermatologiczne
- częste antybiotykoterapie
- czy dziecko przechodziło kuracje przeciwgrzybiczne/przeciw pasożytnicze ...
-
- problemy żołądkowo-jelitowe



- kiedy były robione ostatnie badania krwi i moczu dziecka
- czy był badany poziom żelaza i wapnia
- czy występuje utrata lub brak oczekiwanych przyrostów masy ciała

Informacje dot. spożywanego posiłków

1. Czy dziecko ma ulubione rytuały, smaki, zapachy, naczynia itp.
2. Ile trwa posiłek
3. Ile dziecko jest w stanie jednorazowo zjeść
4. Czy dziecko potrafi okazywać głód
5. Czy były/są stosowane subtelne formy presji (nagroda, TV, tablet, sformułowania typu „za mamę, za tatę”, „jeśli nie zjesz obiadu, nie będzie deseru” itp.)
6. W jaki sposób rodzice zachęcają do zjedzenia posiłku
7. Czy podejmowano próby ponownego wprowadzenia wykluczonego wcześniej produktu
8. Proszę wymienić produkty, które dziecko wcześniej tolerowało (proszę opisać w jakiej postaci)

Informacje z zakresu integracji sensorycznej

1. Czy dziecko wkładało ręce do buzi w okresie niemowlęctwa
2. Czy dziecko lubi się brudzić
3. Czy dziecko lubi malować palcami



4. Czy dziecko dotyka jedzenia, jeśli nie to jakiego

.....
.....
.....

5. Czy kiedykolwiek był problem z czynnościami higienicznymi tj.: myciem głowy, myciem twarzy, kąpielą, czesaniem włosów, obcinaniem włosów, obcinaniem paznokci, wycieraniem ciała, itd.

.....
.....

6. Czy dziecku przeszkadzają jakieś rodzaje ubioru, obuwia, metek, itp.

.....
.....

7. Czy dziecko lubi chodzić boso

8. Czy dziecko chodzi na palcach

9. Czy dziecku przeszkadzają różne dźwięki, czy zatyka uszy

.....

10. Czy dziecku przeszkadzają jakiegokolwiek zapachy

11. Czy dziecko lubi światło (np. nadmiernie się wpatruje)

.....

Informacje na temat zwyczajów żywieniowych rodziny

1. Czy dziecko lubi pomagać w zakupach spożywczych, gotowaniu, przygotowywaniu posiłków

.....
.....
.....

2. Czy w rodzinie ktoś ma podobne problemy/trudności z jedzeniem

.....
.....

3. Czy jest spójność domowników w podejściu do jedzenia

.....
.....

4. Czy dziecko jest zainteresowane jedzeniem

5. Czy dziecko chętnie spożywa posiłki w towarzystwie innych

.....
.....

6. Czy dziecko unika jedzenia w miejscach publicznych

.....
.....

7. Czy rodzice/opiekunowie spożywają ściśle określone produkty, stosują dietę itp

.....



.....
8. Czy rozmawia się w towarzystwie dziecka o jego trudnościach w jedzeniu
.....
.....
.....

Czy dziecko:	
A. W trakcie jedzenia ogląda bajki, filmiki	TAK/NIE
B. Zjada posiłki razem z pozostałymi członkami rodziny	TAK/NIE
C. Zjada posiłki w swoim pokoju/przy swoim stoliku	TAK/NIE
D. Potrafi wysiedzieć przy stole do końca posiłku	TAK/NIE
E. Je o stałych porach	TAK/NIE
F. Jest karmione	TAK/NIE
G. Je samodzielnie	TAK/NIE
H. W ciągu dnia ma liczne przekąski	TAK/NIE
I. Na widok posiłku ma odruch wymiotny	TAK/NIE
J. „Chomikuje” jedzenie w policzkach	TAK/NIE
K. Czy przeszkadza dźwięk chrupkich pokarmów	TAK/NIE
L. Lubi potrawy o intensywnym smaku	TAK/NIE
M. Preferuje potrawy bez przypraw/o łagodnym smaku	TAK/NIE
N. Ma wygórowaną reakcję na zapachy (tj. panika, odruch wymiotny, ucieczka)	TAK/NIE
O. Unika pokarmów brudzących, roztopiających się, klejących	TAK/NIE
P. Natychmiast chce umyć ubrudzone pokarmem ręce	TAK/NIE
Q. Preferuje produkty w określonym opakowaniu	TAK/NIE
R. Zwraca dużą uwagę na wygląd jedzenia	TAK/NIE



A. W którym miejscu dziecko je więcej?

DOM / PRZEDSZKOLE (SZKOŁA)

B. W którym miejscu chętniej próbuje nowych rzeczy?

DOM / PRZEDSZKOLE (SZKOŁA)

C. W jaki sposób w przedszkolu/szkole dziecko zachowuje się podczas jedzenia, czy spożywa zaproponowane posiłki

.....
.....
.....

Uzupełniając poniższe tabele w miejscu „UWAGI” proszę wpisać istotne informacje wpływające na spożywane danie (np. sposób przygotowania, forma, konkretny rodzaj potrawy) lub informację, że dziecko nie miało jeszcze okazji spróbowania dania/produktu.

	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Chleb			
Bułka			
Kasza			
Ryż			
Płatki owsiane			
Bakalie (suszone owoce: morele, rodzynki, żurawina, śliwka)			
Majonez			
Masło			
Makaron			

Owoce	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Jabłko			
Banan			
Kiwi			
Brzoskwinia			
Gruszka			
Śliwka			



Pomarańcza			
Arbuz			
Borówka amerykańska			
Cytryna			
Ananas			
Orzechy			
Czereśnie			
Maliny			
Truskawki			
Winogrona			
Mango			
Melon			
Nektarynka			

Warzywa	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Pomidor			
Ogórek zielony			
Ziemniaki			
Szczypiorek			
Kukurydza			
Czosnek			
Cebula			
Ogórek (kiszony)			
Marchewka			
Pietruszka			
Rzodkiewka			
Szpinak			
Papryka			
Kapusta			
Sałata			
Koperek			
Kalafior			
Groszek			
Buraki			
Pieczarki			
Brokuły			
Fasola			
Brukselka			
Awokado			



Mleko i produkty mleczne	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Mleko			
Jogurt gładki			
Jogurt z wsadem owocowym			
Ser żółty			
Twaróg			
Kefir			
Maślanka			
Śmietana			

Mięso, ryby	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Mięso drobiowe			
Mięso wieprzowe			
Mięso wołowe			
Pieczeń			
Kotlet schabowy			
Gulasz			
Ryby			
Paluszki rybne			
Pasztet			
Pasty rybne			
Wędliny			
Kiełbasa/Frankfurterki			
Parówki			

Cukier i słodcyce	Czy dziecko zjada:		UWAGI
	TAK	NIE	
Lody			
Kisiel			
Budyń			
Ciasto			
Krucze ciastka			
Galaretka			
Miód			
Dżem			

