**WYWIAD DIAGNOSTYCZNY**

**Rozpoznanie w kierunku: selektywne jedzenie i neofobia żywieniowa u dzieci (1-10l)**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko dziecka: |
| Wiek: |
| Płeć:  |  K |  M |
| Zgłaszany problem(y): |
| Chronologia ich rozwoju: |
| **Preferencje żywnościowe** |
| **Preferowane konsystencje obecnie (ogólne, bez uszczegółowiania posiłku)** | **Konsystencje obecnie zdecydowanie nie preferowane (ogólne, bez uszczegółowiania posiłku)** |
| Płynne |  | X | **?** | Płynne |  | X | **?** |
| Półpłynne |  | X | **?** | Półpłynne |  | X | **?** |
| Papka zblendowana |  | X | **?** | Papka zblendowana |  | X | **?** |
| Grudki |  | X | **?** | Grudki |  | X | **?** |
| Papka zduszona widelcem |  | X | **?** | Papka zduszona widelcem |  | X | **?** |
| Kawałki rozpuszczające się w ustach |  | X | **?** | Kawałki rozpuszczające się w ustach |  | X | **?** |
| Kawałki wymagające pogryzienia |  | X | **?** | Kawałki wymagające pogryzienia |  | X | **?** |
| **Preferowane faktury w przeszłości:** | **Preferowane faktury obecnie:** |
| Chrupkie |  | X | ? | Chrupkie |  | X | **?** |
| Miękkie |  | X | ? | Miękkie |  | X | **?** |
| Twarde |  | X | ? | Twarde |  | X | **?** |
| Gęste |  | X | ? | Gęste |  | X | **?** |
| Sypkie |  | X | ? | Sypkie |  | X | **?** |
| Suche |  | X | ? | Suche |  | X | **?** |
| Mokre |  | X | ? | Mokre |  | X | **?** |
| **Preferowane smaki w przeszłości** | **Obecnie preferowane smaki** |
| Słodki |  | X | ? | Słodki |  | X | ? |
| Słony |  | X | ? | Słony |  | X | ? |
| Gorzki |  | X | ? | Gorzki |  | X | ? |
| Kwaśny |  | X | ? | Kwaśny |  | X | ? |
| Umami |  | X | ? | Umami |  | X | ? |
| **Czy dziecko lubiło w przeszłości potrawy:** | **Czy dziecko lubi obecnie potrawy:** |
| Duszone |  | X | ? | Duszone |  | X | ? |
| Zblendowane/Papka |  | X | ? | Zblendowane/Papka |  | X | ? |
| Tłuczone |  | X | ? | Tłuczone |  | X | ? |
| Smażone |  | X | ? | Smażone |  | X | ? |
| Suszone |  | X | ? | Suszone |  | X | ? |
| W formie chipsów |  | X | ? | W formie chipsów |  | X | ? |
| Gotowane |  | X | ? | Gotowane |  | X | ? |
| **Dodatkowe uwagi:** |
| **Ulubione potrawy dziecka w przeszłości zawierające przede wszystkim:** | **Ulubione potrawy dziecka obecnie zawierające przede wszystkim:** |
| Białka: | Białka: |
| Tłuszcze: | Tłuszcze: |
| Węglowodany proste: | Węglowodany proste: |
| Węglowodany złożone: | Węglowodany złożone: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ulubione potrawy dziecka w przeszłości w kolorach:** | **Ulubione potrawy dziecka w przeszłości w kolorach:** |
| Żółtym: | Żółtym: |
| Czerwonym: | Czerwonym: |
| Brązowym: | Brązowym: |
| Zielonym:  | Zielonym:  |
| Białym: | Białym: |
| Inne: | Inne: |
| **Ilość napojów względem jedzenia w przeszłości:** | **Ilość napojów względem jedzenia obecnie:** |
| **Ilość przyjmowanych napojów w przeszłości:** | **Ilość przyjmowanych napojów w przeszłości:** |
| Wody: | Wody: |
| Herbaty: | Herbaty: |
| Soków: | Soków: |
| Mleka: | Mleka: |
| Inne: | Inne: |

|  |
| --- |
| Przybliżona podaż kaloryczna: |
| Wzrost: |
| Waga: |
| Centyl: |
| **STAN ZDROWIA FIZYCZNEGO** |
| Stwierdzone choroby: |
| Stwierdzone alergie pokarmowe: |
| **Przeprowadzone dotychczas badania i konsultacje lekarskie** |
| Morfologia | Kiedy: | Zaniżone/podwyższone wyniki: |
| TSH | Kiedy: | Zaniżone/podwyższone wyniki: |
| Krzywa cukrowa | Kiedy: | Zaniżone/podwyższone wyniki: |
| Alergolog | Kiedy: | Wyniki konsultacji: |
| Gastrolog | Kiedy: | Wyniki konsultacji: |
| Psychiatra | Kiedy: | Wyniki konsultacji: |
| Psycholog | Kiedy: | Wynik konsultacji: |
| Dietetyk | Kiedy: | Wyniki konsultacji: |
| Inne badania lub konsultacje medyczne | Kiedy: | Wyniki konsultacji: |
| Czy dziecko przyjmowało lub przyjmuje długoterminowo jakieś leki? | Tak (jakie, kiedy, ilość): | Nie |
| Czy w rodzinie są choroby dziedziczne? | Tak (jakie, u kogo): | Nie |
| Czy, kiedy i jak długo dziecko było hospitalizowane? Z jakiego powodu? | Tak (powód/powody): | Nie |
| **STAN ZDROWIA PSYCHICZNEGO DZIECKA** |
| **Czy u dziecka występują lub występowały:** |
|  | TAK | NIE | Szczegóły |
| Zaburzenia lękowe  |  | X |  |
| Objawy post traumatyczne, |  | X |  |
| Regres rozwojowy, |  | X |  |
| Trudności w kontaktach społecznych, |  | X |  |
| Halucynacje, |  | X |  |
| Agresja (uogólniona? do kogoś?) |  | X |  |
| Autoagresja, |  | X |  |
| Obsesje/natręctwa, |  | X |  |
| Zaburzenia nastroju, |  | X |  |
| Nadaktywność ruchowa |  | X |  |
| Jąkanie się |  | X |  |
| Zaburzenia sensoryczne |  | X |  |
| Inne: |  | X |  |

|  |
| --- |
| **Przebieg ciąży i porodu u matki (łącznie z przyjmowanymi lekami, samopoczuciem, ew. chorobami i komplikacjami, sytuacje znaczące)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Rodzinne podobieństwa i różnice w preferencjach żywnościowych** |
| Preferencje i nawyki żywnościowe rodziców w przeszłości: |
| Preferencje i nawyki żywieniowe rodziców obecnie: |
| Preferencje i nawyki żywieniowe domowników (różnice i podobieństwa w zachowaniu dziecka): |

|  |
| --- |
| **W jaki sposób podawane są dziecku posiłki** |
| Miejsce: |  |
| Otoczenie (wygląd, atmosfera):  |  |
| Wspólnie |  | Osobno |  |

|  |
| --- |
| **Możliwość doświadczania bodźców i poznawania budowy posiłku. Czy dziecko ma możliwość:** |
| Dotykania jedzenia | TAK | NIE |
| Smakowania jedzenia | TAK | NIE |
| Wąchania jedzenia | TAK | NIE |
| Gotowania/Przygotowywania posiłków | TAK | NIE |

Dotychczasowe próby modyfikacji nawyków żywieniowych – opis:

Ile razy dziennie dziecko je:

W jakich godzinach najczęściej poszukuje pożywienia:

Jak dużo czasu spędza aktywnie:

|  |
| --- |
| **Dodatkowe informacje. Czy występują u dziecka niepokojące lub zdiagnozowane:** |
|  | **Opis** |
| Zachowania |  |
| Zaburzenia rozwojowe |  |
| Problemy zdrowotne |  |

Czy dziecko uległo jakiemuś wypadkowi? Jak na niego zareagowało?

W jaki sposób rodzice odnoszą się do dziecka?

Ile czasu spędzają wspólnie poza posiłkami?

Czy z powodu swoich nawyków dziecko odmawia uczestniczenia w życiu społecznym? Jakie emocje w związku z tym odczuwa?

Czy dziecko utrzymuje swoje nawyki w obecności innych osób?

Czy dziecko utrzymuje swoje nawyki w innych miejscach?

Czy podejmowano próby pozostawienia dziecku możliwości wybierania spośród dostępnych, zdrowych produktów z wyłączeniem dotychczas jedzonych? Jak długo trwała próba?

Czy występują zaburzenia snu?

Temperament dziecka:

Typowy rozkład dnia:

Znaczące zmiany w życiu dziecka od urodzenia do chwili obecnej:

Czy w niedługim okresie dziecko czekają poważne zmiany o których wie lub których się domyśla?

Czy dziecko doświadczyło przemocy?

Czy dziecko doświadczyło utraty osoby znaczącej lub utraciło z nią kontakt?

**Hipoteza diagnostyczna:**

**Zalecenia:**