

## TEST PRZESIEWOWY U DZIECKA- w 2 roku życia

**Imię/ imiona:** ..... **Nazwisko:** .....  
**Data urodzenia:** ..... **PESEL** .....  
**Adres zam.** .....  
**Rodzic/Opiekun prawny/faktyczny\*:** .....  
**Telefon** .....  
**Wywiad z rodzicem/opiekunem prawnym/faktycznym\*:** .....  
 .....  
 .....  
 .....

Długość ciała	cm	centyl	
Masa ciała	.kg.	centyl	BMI
RR: ...../....., tętno: .....,			
Słuch* (badanie orientacyjne): prawidłowy / nieprawidłowy.			
<b>Wykrywanie zezów:</b> wywiad * zez zauważony u dziecka występowanie u rodziców/ występowanie u rodzeństwa -zez widoczny /niewidoczny - test Hirschberga* :symetryczny/ niesymetryczny*			

**Rozwój psychoruchowy** - zgodnie z kwestionariusz oczekiwanych osiągnięć rozwojowych dwulatka

Opracowanie: M.Jaroszyńska-Szymczuk

Nr pytania	Czy dziecko:	TAK	NIE	Czasem TAK a czasem NIE
1.	Potrafi chodzić i pewnie biegać; wchodzi i schodzi samo po schodach?			
2.	Umie bawić się klockami (np. budować wieżę, pociąg)?			
3.	Potrafi samodzielnie nabierać pokarm i podawać do ust?			
4.	Umie pokazywać dwie części ciała u siebie (sprawdzić)?			
5.	Zgłasza potrzeby fizjologiczne?			
6.	Naśladuje proste czynności dorosłych?			
7.	Rozumie najprostsze polecenia (np. weź misia, lalkę)?			
8.	Spontanicznie wymawia poszczególne wyrazy, łącząc je w wypowiedzi dwuwyrzowe?			
9.	Mówi o sobie po imieniu lub nazywa siebie określeniami używanymi przez najbliższych (np. dzidzia)?			
10.	Jest zainteresowane osobami dorosłymi, reaguje na próby nawiązania kontaktu przez dorosłych?			
11.	Wypowiedzi dziecka są rozumiane przez osoby z otoczenia (nie tylko przez matkę)?			
12.	Nawiązuje kontakt wzrokowy z osobą, która się do niego zwraca (sprawdzić)?			
13.	Nie ma trudności z zasypianiem i nie budzi się w nocy?			

**Interpretacja wyników:** Należy przyjąć, że rozwój psychoruchowy dziecka: mieści się w granicach normy, gdy dziecko wykonuje wszystkie próby, a rodzice nie zgłaszają żadnych trudności wychowawczych, budzi zastrzeżenia, gdy dziecko nie wykonuje wszystkich prób.

Uwagi.....  
.....  
.....  
.....

Data badania: .....

Podpis, pieczęć pielęgniarki  
rodzinnej

\*właściwe podkreślić

.....