

## KWESTIONARIUSZ SI wg. Zbigniewa Przyrowskiego

Drodzy Rodzice!

Proszę uważnie przeczytać i zaznaczyć odpowiedzi, które według Państwa opisują zachowania i trudności Waszego dziecka.

Weryfikacja wypełnionego kwestionariusza ułatwi rozpoznanie ewentualnych dysfunkcji w zakresie przetwarzania sensorycznego.

W przypadku wątpliwości dotyczących pytania/ pytań prosimy o nie zaznaczanie odpowiedzi, a skonsultowanie niejasności z terapeutą.

### 1. DOTYK

Przesadnie reaguje na niewielki ból	TAK / NIE
Nie zwraca uwagi na drobne skaleczenia	TAK / NIE
Lubi aktywności związane z brudzeniem się (np. malowanie palcami)	TAK / NIE
Unika aktywności związanych z brudzeniem się (np. lepienie w plastelinie)	TAK / NIE
Nie lubi być niespodziewanie dotykany (nawet lekko)	TAK / NIE
Lubi być dotykany (uwielbia to, poszukuje tego)	TAK / NIE
Poszukuje fizycznie mocnego kontaktu (uderza w ludzi, ściany, mocno ściska)	TAK / NIE
Jest szczególnie łaskotliwy	TAK / NIE
Unika używania dłoni do eksploracji dotykowej obiektów	TAK / NIE
Preferuje pewne ubrania i/lub narzeka na metki	TAK / NIE

### 2. RÓWNOWAGA I RUCH

**Pierwsza część pytań dot. podwrażliwości, druga zaś nadwrażliwości**

Ma słabą równowagę	TAK / NIE
Ma lub miał duże problemy z nauką jazdy na rowerze	TAK / NIE
Lubi kręcić się na karuzeli, krzesle obrotowym	TAK / NIE
Podpiera głowę podczas rysowania	TAK / NIE
Często huśta się na krześle lub przyjmuje pozycje głową do dołu	TAK / NIE
Uwielbia szybki ruch	TAK / NIE
Uwielbia huśtanie na huśtawkach	TAK / NIE
<hr/>	
Wygląda na przerażone w przestrzeni (nie lubi się huśtać)	TAK / NIE
Unika szybkiego ruchu	TAK / NIE
Lubi ruch, który sam inicjuje, nie lubi natomiast, gdy ktoś nim porusza	TAK / NIE
Ma chorobę lokomocyjną	TAK / NIE
Nie lubi wysokości, boi się wspinać	TAK / NIE
Nie lubi próbować nowych zadań ruchowych	TAK / NIE

### 3. KOORDYNACJA

Jest niezgrabne ruchowo	TAK / NIE
Ma problemy z manipulacją (cięcie, rysowanie, zapinanie guzików)	TAK / NIE

Źle trzyma ołówek	TAK / NIE
Ma trudności z uczeniem się nowych aktywności ruchowych	TAK / NIE
Ma problemy z orientacją przestrzenną(myli prawo-lewo)	TAK / NIE
Nie trzyma kartki drugą ręką podczas pisania lub rysowania	TAK / NIE
Podczas pisania nie mieści się w liniaturze, literki są niekształtne	TAK / NIE
Ma trudności z posługiwaniem się sztućcami	TAK / NIE
Nie potrafi wiązać sznurowadeł lub długo się uczyć	TAK / NIE
Ma trudności w łapaniu/ kopaniu piłki	TAK / NIE

#### **4. SŁUCH**

Unika zabawek, innych przedmiotów, które wydają dźwięki	TAK / NIE
Jest zirytowany, pobudzony w miejscach, gdzie jest głośno	TAK / NIE
Jest bardzo wrażliwy na wysokie dźwięki	TAK / NIE
Trudno mu skupić uwagę w miejscu hałaśliwym	TAK / NIE
Potrzebuje powtarzania poleceń	TAK / NIE
Myli się wykonując polecenia słowne	TAK / NIE
Zatyka uszy na niektóre dźwięki	TAK / NIE
Lubi dziwne dźwięki, lubi powtarzać pewne dźwięki	TAK / NIE
Mruczy, śpiewa, mówi do siebie podczas wykonywania zadania/zabawy	TAK / NIE
Myli podobne dźwiękowo słowa	TAK / NIE

#### **5. WZROK**

Mruży oczy podczas słonecznego dnia	TAK / NIE
Ma problem z przepisywaniem z tablicy, książki	TAK / NIE
Jest nadwrażliwe na światło; woli światło rozproszone	TAK / NIE
Na krótki czas skupia wzrok na przedmiocie	TAK / NIE
Z trudnością śledzi poruszający się przedmiot, gubi go	TAK / NIE
Często mruga, ma ból głowy, łzawią mu oczy po czytaniu	TAK / NIE
Jest pobudzony, gdy ma do czynienia z wieloma bodźcami wzrokowymi	TAK / NIE
Odwraca litery/sylaby/słowa	TAK / NIE
Ma problemy z różnicowaniem kształtów	TAK / NIE
Odmawia zasłaniania oczu, ograniczenia widzenia np. podczas zabawy	TAK / NIE

#### **6. WĘCH**

Jest nadwrażliwe na pewne zapachy	TAK / NIE
Ignoruje nawet ostre i nieprzyjemne zapachy	TAK / NIE
Często zatyka nos, mówiąc, że śmierdzi	TAK / NIE
Ma trudności z różnicowaniem zapachów	TAK / NIE
Wącha pokarmy zanim je spróbuje	TAK / NIE
Preferuje potrawy o łagodnym smaku	TAK / NIE
Ma odruch wymiotny na niektóre zapachy	TAK / NIE
Lubi mocno doprawione potrawy	TAK / NIE
Jest nadwrażliwe na zapach perfum, mydła	TAK / NIE
Lubi wąchać różne przedmioty	TAK / NIE

## **7. NAPIĘCIE MIĘŚNI**

Wygląda na wiotkie, rozluźnione	TAK / NIE
Zbyt mocno ściska przedmioty (np. ołówek)	TAK / NIE
Zbyt lekko trzyma przedmioty, wypadają mu z rąk	TAK / NIE
Ma nieprawidłową postawę ciała gdy stoi lub siedzi (garbi się, ramiona opadają)	TAK / NIE
Szybko się męczy	TAK / NIE
Unika zabaw i gier ruchowych	TAK / NIE
Podpiera głowę podczas rysowania, pisania	TAK / NIE
Preferuje siedzący tryb życia	TAK / NIE
Ma problemy z podnoszeniem cięższych przedmiotów	TAK / NIE
Jest niezgrabne ruchowo	TAK / NIE

## **8. KONCENTRACJA UWAGI ORAZ ZACHOWANIE**

Jest impulsywne, zaczyna pracę zanim usłyszy do końca polecenie	TAK / NIE
Jest nerwowe, pobudzone	TAK / NIE
Ma problemy z wykonywaniem zadań, organizacją	TAK / NIE
Nie może na dłużej skupić się na wykonywanym zadaniu	TAK / NIE
Bardzo lubi biegać, skakać, jest ciągle w ruchu	TAK / NIE
Szybki i łatwo pobudzają go bodźce świetlne, dźwiękowe	TAK / NIE
Szybko się rozprasza	TAK / NIE
Łatwo przechodzi od płaczu do śmiechu	TAK / NIE
Jest niespokojne, gdy sytuacja wymaga ciszy i koncentracji	TAK / NIE
Nie chodzi, tylko podskakuje	TAK / NIE

<b>SKALA</b>	<b>WYNIK</b>	<b>NORMA</b>	<b>RYZIKO</b>
<b>DOTYK</b>	.....	0-2	3-10
<b>RÓWNOWAGA I RUCH: PODWRAŻLIWOŚĆ</b>	.....	0-2	3-7
<b>RÓWNOWAGA I RUCH: NADWRAŻLIWOŚĆ</b>	.....	0	1-6
<b>KOORDYNACJA</b>	.....	0-3	4-10
<b>SŁUCH</b>	.....	0-2	3-10
<b>WZROK</b>	.....	0-3	4-10
<b>WĘCH</b>	.....	0-3	4-10
<b>NAPIĘCIE MIĘŚNI</b>	.....	0-2	3-10
<b>KONCENTRACJA UWAGI ORAZ ZACHOWANIE</b>	.....	0-2	3-10