

## Karta testowa do oceny poziomu funkcjonowania uczestnika/ucznia w gabinecie lekarza POZ.

Tak - 2 punkt, pełna akceptacja i współdziałanie;      Tak - 1 punkt; z niewielkimi trudnościami, umiarkowane zachowania lękowe i oporowe,

Nie - 0 punktów, całkowity brak akceptacji i współdziałania, zachowania trudne: krzyk, płacz, autoagresja, agresja

<b>Nazwisko i imię dziecka:</b>		
<b>Sposób komunikowania się dziecka:</b> werbalny <input type="checkbox"/> / pozawerbalny <input type="checkbox"/> → w jaki sposób?  .....		
<b>Stopień niepełnosprawności intelektualnej:</b> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> głęboki <input type="checkbox"/> <b>Niepełnosprawność ruchowa:</b> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> → <b>osoba porusza się na wózku:</b> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> <b>Inne choroby/zaburzenia:</b> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> → jakie?  .....		
	<b>Data testowania</b>	
<b>Zakres akceptacji procedury</b>	<b>..... 202... r.</b>	<b>..... 202... r.</b>
<b>1. Pozwala przyprowadzić się do gabinetu</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>2. Spokojnie oczekuje na wezwanie do gabinetu</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<b>3. Spokojnie wchodzi do gabinetu</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>4. Akceptuje widok nieznanej osoby- lekarza/pielęgniarki</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>5. Potrafi wskazać części ciała</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>6. Pozwala na dotyk poszczególnych części ciała:</b>		
<b>6.1. Głowa</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>6.2. Szyja</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>6.3.Klatka piersiowa</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>6.4. Plecy</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>6.5. Brzuch</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>6.6. Ręce</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<b>7. Otwiera buzię do badania gardła</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>8. Pozwala na badanie gardła z użyciem szpatułki</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>9. Pozwala na rozebranie do badania/zdjęcie górnej części garderoby</b>  <b>10. Pozwala na badanie stetoskopem- klatka piersiowa</b>  <b>11. Pozwala na badanie stetoskopem- plecy</b>  <b>12. Współpracuje z lekarzem- reaguje na polecenia</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>13. Pozwala na założenie ciśnieniomierza</b>  <b>14. Pozwala na zbadanie ciśnieniomierzem</b>  <b>15. Siedzi spokojnie w trakcie badania</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<b>16. Zajmuje miejsce na kozetce- siada</b>  <b>17. Zajmuje miejsce na kozetce- kładzie się</b>  <b>18. Pozostaje na kozetce w trakcie badania</b>  <b>19. Pozwala na zbadanie brzucha</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Czas trwania sesji testowej</b>		
<b>Uwagi do sesji pierwszej:</b>		
<b>Uwagi do sesji drugiej:</b>		