

Òptica Clar de Llum Sant Vicenç dels Horts

QÜESTIONARI DE LA VISIÓ PER A NENS

INFORMACIÓ GENERAL

Us han derivat al nostre gabinet? Sí No

Nom del/de la nen/a: _____

Adreça: _____ Població _____ Tel.: _____

Data de naixement: _____ Edat: _____ anys _____ mesos _____

Nom de l'escola: _____

Curs: _____ Tutor/a: _____

Al/a la vostre/a fill/a li fan por els metges? _____

Mà dominant: dreta o esquerra? _____

HISTORIAL MÈDIC

Data de l'última revisió: _____ Per quina raó? _____

Estat actual del/de la nen/a: _____

Medicaments que pren actualment, amb vitamines i suplementos inclosos: _____

Esmenteu les malalties, caigudes fortes, febres altes... que ha tingut i a quina edat:

El/la vostre/a fill/a està saludable, generalment? Sí No

Si és *no*, expliqueu-ne, si us plau, els motius els : _____

Té algun problema crònic, com infecció d'òïda, asma, febre alta o al·lèrgies? Sí No

Quin?: _____

Li han fet alguna avaluació neurològica? Sí No

Qui li ha efectuat? _____ Resultats i recomanacions: _____

Li han fet alguna avaluació de teràpia visual? Sí No

Qui li ha efectuat?: _____ Resultats i recomanacions: _____

Té algun historial d'alguna d'aquestes anomalies (senyaleu-la amb una creu)?

Diabetis

Problema cromosòmic

Pressió arterial

Ambliopia (ull gandul)

Epilèpsia

Ull creuat

Glaucoma

Problemes d'aprenentatge

Esclerosi múltiple

Altres

Òptica Clar de Llum Sant Vicenç dels Horts

INFORMACIÓ NUTRICIONAL

Dieta actual: Excel·lent Bona Regular Pobra

Al/a la vostre/a fill/a li agraden els dolços? _____

El/la vostre/a fill/a és actiu/iva? Sí No

Té períodes d'energia molt alta: Sí No

d'energia molt baixa: Sí No

HISTORIAL DEL DESENVOLUPAMENT

Embaràs a terme?* Sí No De quantes setmanes? _____

La mare va patir algun problema de salut durant l'embaràs? Quin?

El naixement va ser normal, per cesària, amb fòrceps? Va haver-hi alguna complicació? _____

Va haver-hi alguna complicació abans, durant o després del naixement? Quina? _____

Pes en néixer: _____ Puntuació Apgar en néixer: _____

El/la vostre/a fill/a va gatejar?: _____ A quina edat?: _____

A quina edat va caminar?: _____ Va ser un infant actiu? Sí No

A quina edat va dir les primeres paraules? _____ Actualment, la seva parla és clara?_ Sí No

HISTORIAL DE LA VISIÓ

La visió del/de la vostre/a fill/a ha estat avaluada anteriorment? Sí No

Nom de l'oftalmòleg/mòloga o optometrista: _____

Motiu de la revisió: _____

Resultats i recomanacions: _____

Li van recomanar ulleres, lents de contacte o altres ajudes? _____

Les ha utilitzat? Sí No Des de quan? _____

Membres de la família que han necessitat atenció visual i per quin motiu:

Nom	Edat	Estat visual
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

TELEVISIÓ I ACTIVITATS DE PASSATEMPS

El/la vostre/a fill/a mira la TV? Sí No Quant de temps? Seguit?: Sí No

A quina distància?: _____

Juga amb consola de joc, ordinador, PSP, GameBoy...? Sí No

Durant quant de temps? _____

En quines altres activitats de lleure ocupa el temps? _____

Òptica Clar de Llum Sant Vicenç dels Horts

COMPORTAMENT GENERAL

Té problemes de comportament a l'escola?	Sí	No
Si és sí, quins? _____		
Té problemes de comportament a casa?	Sí	No
Si és sí, quins? _____		
El/la vostre/a fill/a diu i/o fa coses impulsivament?	Sí	No
El/la vostre/a fill/a es mou constantment?	Sí	No
Pot seure durant estones llargues?	Sí	No

EL/LA VOSTRE/A FILL/A MANIFESTA ALGUN D'AQUESTS ASPECTES (encercleu la resposta)? QUAN?

Té mal de cap.....	SÍ	NO	_____
Té visió doble.....	SÍ	NO	_____
Té els ulls cansats.....	SÍ	NO	_____
Li sembla que les paraules del llibre es mouen.....	SÍ	NO	_____
Es mareja a causa del moviment quan va amb cotxe.....	SÍ	NO	_____
Té vertigens.....	SÍ	NO	_____
Sovint té els ulls envermellits.....	SÍ	NO	_____
Es frega els ulls freqüentment.....	SÍ	NO	_____
Té mussols sovint.....	SÍ	NO	_____
Arrufa les celles.....	SÍ	NO	_____
Se sent incòmode/a amb la llum.....	SÍ	NO	_____
Parpelleja freqüentment.....	SÍ	NO	_____
Tanca o es tapa un ull.....	SÍ	NO	_____
Té dificultat per veure objectes de lluny.....	SÍ	NO	_____
Apropa el cap al paper que té a prop.....	SÍ	NO	_____
Evita la lectura.....	SÍ	NO	_____
Prefereix que li llegeixin.....	SÍ	NO	_____
Gira el cap en llegir/escriure.....	SÍ	NO	_____
Mou el cap quan llegeix.....	SÍ	NO	_____
Confon o inverteix lletres o paraules.....	SÍ	NO	_____
Confon dreta i esquerra.....	SÍ	NO	_____
Se salta paraules, les rellegeix o les omet.....	SÍ	NO	_____
Perd el lloc mentre llegeix.....	SÍ	NO	_____
Vocalitza silenciosament quan llegeix.....	SÍ	NO	_____
Llegeix lentament.....	SÍ	NO	_____
Utilitza el dit com a un indicador.....	SÍ	NO	_____
Té un nivell baix de comprensió lectora.....	SÍ	NO	_____
Li falten recursos lèxics i sintàctics en escriure.....	SÍ	NO	_____
Escriu acuradament però lentament.....	SÍ	NO	_____
No es recolza sobre el paper quan escriu.....	SÍ	NO	_____
Sosté el llapis de manera maldestra o immadura.....	SÍ	NO	_____
Comet errors freqüentment.....	SÍ	NO	_____
Es cansa fàcilment.....	SÍ	NO	_____
Té dificultat per copiar de la pissarra.....	SÍ	NO	_____
Té dificultat a reconèixer alguna paraula en una pàgina diferent	SÍ	NO	_____
Té pobresa de vocabulari.....	SÍ	NO	_____

Òptica Clar de Llum Sant Vicenç dels Horts

Té dificultats de memòria	SÍ	NO	_____
Recorda millor el que escolta que el que veu.....	SÍ	NO	_____
Respon millor oralment que per escrit.....	SÍ	NO	_____
Sembla adquirir els continguts però obté resultats baixos en les proves.....	SÍ	NO	_____
No li agraden/evita les feines de prop	SÍ	NO	_____
Té espais curts de falta d'atenció/pèrdua d'interès.....	SÍ	NO	_____
Té dificultat amb el maneig de tisoires/eines.....	SÍ	NO	_____
No li agraden/evita els esports.....	SÍ	NO	_____
Té dificultat per colpejar la pilota.....	SÍ	NO	_____

ESCOLA

Al/a la vostre/a fill/a, li agrada l'escola? _____
Té alguna dificultat a l'escola: Sí No Quina? _____

Ha canviat sovint d'escola? Sí No
Ha repetit algun curs? Quin i per què? _____

Sembla que es trobi en tensió o amb pressió quan fa els deures? Sí No
Fa classes de reforç? _____ Quan? _____
Qui li fa les classes? _____ Resultats: _____

Al/a la vostre/a fill/a, li agrada llegir? Sí No

El rendiment a l'escola és (subratlleu l'opció triada):

Superior a la mitjana Igual que la mitjana Inferior a la mitjana

Quant temps tarda a fer els deures? _____

Ajudeu el/la vostre/a fill/a amb els deures? Sí No

Si és sí, de quina manera? _____

Us sembla que el/la vostre/a fill/a està desenvolupant tot el seu potencial? _____

CASA I FAMÍLIA

Si us plau, indiqueu amb quins adults viu el el/la nen/a? _____

El/la vostre/a fill/a ha viscut alguna experiència traumàtica de la família? (divorci; pèrdua de pares, avis, oncles...
...; malalties severes de pares...)? _____

Si és sí, a quina edat? _____

Creieu que s'ha adaptat a la nova situació? _____

Va iniciar algun assessorament o alguna teràpia? _____ Encara continua? Sí No

Algun familiar té o ha tingut problemes d'aprenentatge? _____

Si és sí, qui? _____

En quin grau? _____

Òptica Clar de Llum Sant Vicenç dels Horts

SI US PLAU, FEU UNA BREU DESCRIPCIÓ DEL CARÀCTER DEL/DE LA VOSTRE/A FILL/A:

PENSEU QUE HI HA ALGUNA INFORMACIÓ QUE L'HEM DE TENIR EN COMPTE EN EL TRACTAMENT DEL/DE LA VOSTRE/A FILL/A?

Les dades personals s'incorporaran en un fitxer anomenat CLIENTS, del qual és responsable l'òptica Clar de Llum. La finalitat d'aquest fitxer és la recollida de dades per a la prestació dels serveis òptics contractats, el control i l'avís de revisions i les trameses d'informació. En cap cas, s'utilitzaran les dades amb finalitats diferents de les indicades ni es comunicarà cap tipus de dada a cap persona aliena a la relació existent entre ambdues parts, excepte si n'hi ha autorització expressa. D'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, podeu exercir els drets d'accés, cancel·lació i rectificació mitjançant una carta al centre mateix, a l'adreça Mossèn Jacint Verdaguer, 86, de Sant Vicenç dels Horts, 08620 Barcelona.

Per això,

(nom i cognoms)

AUTORITZO:

Òptica Clar de Llum a utilitzar les meves dades personals i de salut així com de les del/de la meu/va fill/a perquè les pugui cedir a logopedes, pediatres, metges dels CAP, centres educatius o altres professionals amb la finalitat mencionada anteriorment.

(signatura)

Sant Vicenç dels Horts, ____ de/d' _____ de 2014