**Анкета специалистов мобильной бригады «Микрореабилитационный центр»**

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя ребенка |  |
| Диагноз основной |  |

**Общие сведения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Что вас беспокоит в своем ребенке? |  |
| 2 | Семья полная / неполная  Малообеспеченная  Сколько детей в семье? Какой ребенок по счету?  К кому из членов семьи больше всего привязан ребенок? |  |
| 3 | Посещает ли ребенок детский сад/школу? Если да, то какую (коррекционная, общеобразовательная)?  Ребенок находится на индивидуальном обучении на дому / посещает класс? |  |

**Речевое развитие ребенка**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Говорит или не говорит? |  |
| 2 | Выполняет ли просьбы? |  |
| 3 | Откликается ли на имя? |  |
| 4 | Говорит понятно для окружающих или нет? |  |

**Физическое развитие**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Работают ли руки? |  |
| 2 | Работают ли ноги? |  |
| 3 | Держит голову? |  |
| 4 | Умеет ли сидеть? |  |
| 5 | Умеет ли ползать? |  |
| 6 | Стоит с опорой/без опоры/ не может стоять |  |
| 7 | Ходит самостоятельно/с поддержкой/не ходит |  |

**Индивидуальные особенности ребенка**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Как ваш ребенок взаимодействует со сверстниками и взрослыми? |  |
| 2 | Беспокоят ли вас неврологические нарушения у ребенка? (недержание мочи, нарушения сна, вредные привычки (грызет ногти и пр.), навязчивые действия |  |
| 3 | Можете ли вы назвать своего ребенка тревожным?  Есть ли страхи у вашего ребенка? |  |
| 4 | Есть ли проявления агрессивности у вашего ребенка? |  |
| 5 | Есть ли трудности в учебе/посещении детского сада у вашего ребенка? Если да, то какие? |  |
| 6 | Есть ли трудности в поведении у вашего ребенка? |  |
| 7 | Были ли стрессовые ситуации в жизни вашего ребенка и вашей семьи в последнее время (развод/конфликты, смерть близких, авария, переезд, поступление в детский сад/школу и пр.) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Какой результат вы ожидаете от работы специалистов? |  |
| **Заключение специалистов** | Нуждается /не нуждается в оказании социальных услуг в условиях стационарозамещающей технологии ДМРЦ/ВМРЦ |