

Kwestionariusz wstępny

Osoba badana (PIQ-S)

Wersja 3 (Październik 2023)

Prawa autorskie © Uniwersytet w Newcastle 2023

Tłumaczenie ACIA z języka angielskiego na język polski zostało sfinansowane przez Fundację JiM.



Kwestionariusz wstępny – osoba badana (PIQ-S)

Prosimy o wypełnienie tego kwestionariusza i odesłanie go do nas w dołączonej kopercie lub przesłanie e-mailem na wskazany adres.

Niektóre osoby potrzebują wsparcia lub pomocy w wypełnianiu formularzy – inne nie. Jeśli masz jakiegokolwiek pytania, możesz porozmawiać z osobą, która Ci pomoże. Jeżeli potrzebujesz pomocy, prosimy o informację – pomożemy Ci odpowiedzieć na pytania.

Jeżeli masz dodatkowe pytania lub potrzebujesz naszej pomocy, możesz napisać do nas maila lub zadzwonić do nas.

Prosimy o wypełnienie jak największej części tego kwestionariusza. Jeżeli nie możesz lub nie chcesz odpowiedzieć na któreś pytanie, możesz je pominąć.

Podczas wywiadu szerzej omówimy Twoje odpowiedzi.

Informacje na Twój temat:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Płeć:

Mężczyzna

Kobieta

Inna

Jeżeli wolisz opisać swoją płeć w inny sposób, prosimy o taką informację:

Preferowany zaimek osobowy:

Pytania

1. Jaki jest Twój obecny status związku? (Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)

- Żonaty/mężatka
- Kawaler/panna
- Poszukuje partnera/partnerki/osoby partnerskiej
- Nie jestem zainteresowan_ związkiem
- W stałym związku (partnerskim)
- Mieszkanie z partnerem/partnerką/osobą partnerską
- W separacji z partnerem/partnerką/osobą partnerską
- Zarejestrowany związek partnerski dwóch osób tej samej płci
- Rozwiedzion_
- Inny (jaki?) _____

2. Czy kiedykolwiek był_ś w związku z inną osobą (tworzył_ś „parę”)?

- Tak Nie

3. Czy masz dzieci (niepełnoletnie lub dorosłe)? albo przybrane dzieci?

- Tak Nie

Jeżeli nie, należy przejść do pytania 4

Jeżeli tak, ile?

4. Czy mieszkasz sam_?

Jeżeli nie, należy przejść do pytania 7

- Tak Nie

5. Jeżeli tak, w jakiego rodzaju lokalu mieszkasz?

- We własnym domu/mieszkanie
- W wynajmowanym domu/mieszkanie

6. Czy w domu/mieszkanie otrzymujesz wsparcie od specjalistów?

- Tak Nie

7. Jeżeli mieszkasz z inną osobą, prosimy o podanie informacji, kim jest ta osoba:

(Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)

- Moi rodzice
- Mój brat albo siostra
- Inny członek rodziny
- Partner/partnerka
- Przyjaciel(e)
- Współlokator(ka), który(-ra) nie jest przyjacielem/przyjaciółką
- Opiekun(ka)
- Mieszkam w placówce zapewniającej opiekę (np. domu opieki społecznej, zakładzie opiekuńczo-rehabilitacyjnym)
- Mieszkam w mieszkaniu chronionym
- Mieszkam w innych warunkach (jakich?) _____

8. Jaki jest Twój obecny status zatrudnienia? *(Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)*

- W trakcie kształcenia lub szkolenia
- Opiekun/pełnię obowiązki opiekuna
- Wolontariusz/ka
- Osoba pracująca/samozatrudniona w pełnym wymiarze czasu pracy
- Osoba pracująca/samozatrudniona w niepełnym wymiarze czasu pracy
- Osoba bezrobotna i poszukująca pracy
- Osoba bezrobotna i niezdolna pracy
- Emeryt(ka)
- Inny (jaki?) _____

9. Jeżeli jesteś zatrudnion_, które z poniższych określić najlepiej opisuje Twój zawód?

- Kierownik / dyrektor / urzędnik wyższego szczebla
- Specjalista (np. lekarz, nauczyciel, prawnik)
- Inżynier/specjalista średniego szczebla/pracownik techniczny
- Stanowisko administracyjne/biurowe
- Rzemieślnik/fachowiec (np. elektryk, hydraulik, mechanik itd.)
- Opieka, wypoczynek i usługi
- Sprzedaż i obsługa klienta
- Operator procesów, instalacji i maszyn
- Rolnictwo / budownictwo
- Bezrobotny(-na)
- Inny zawód (jaki?) _____

10. Niektóre osoby mogły być zatrudnione w przeszłości, inne – nie. Jeżeli pracował_ś (praca zarobkowa lub wolontariat), wskaż listę wykonywanych dotąd prac: Jeżeli potrzebujesz dodatkowego miejsca, możesz wpisać informacje na końcu kwestionariusza.

11. Prosimy o zaznaczenie obszarów, w których otrzymujesz wsparcie:

- W domu (np. przygotowywanie posiłków, ubieranie się, higiena osobista)
- W pracy (np. wykonywanie zadań zawodowych, interakcja ze współpracownikami)
- Opieka zdrowotna (np. przyjmowanie leków, korzystanie z usług medycznych)
- Finanse (np. świadczenia socjalne i/lub dla osób niepełnosprawnych)
- Aktywność społeczna (np. nawiązywanie i utrzymywanie przyjaźni)
- Działania związane z uczeniem się przez całe życie (np. nauka strategii samodzielnego zarządzania)
- Życie w społeczności (np. transport, zarządzanie pieniędzmi)
- Dalsze kształcenie lub kolejne etapy nauki (np. szkoła wyższa/universytet)
- Organizacja (np. prowadzenie kalendarza, planowanie codziennych zajęć)
- Nie otrzymuję wsparcia

12. Czy specjalista stwierdził, że cierpisz obecnie na którykolwiek z poniższych problemów zdrowotnych i chorób, w tym schorzeń neurologicznych ? (Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)

- Problemy ze snem
- Problemy żołądkowo-jelitowe (w tym ból brzucha, biegunka, zaparcia, refluks kwasowy, wymioty lub wzdęcia)
- Zespół jelita drażliwego (IBS)
- Zapalenie okrężnicy
- Wysokie ciśnienie krwi
- Choroba wieńcowa lub choroba serca
- Astma
- Padaczka
- Nowotwór
- Artretyzm
- Demencja lub utrata pamięci
- Cukrzyca
- Otyłość
- Wysoki poziom cholesterolu
- Żadne z powyższych
- Inne (jakie?) _____

13. Czy obecnie przyjmujesz jakieś leki/stosujesz jakąś formę leczenia ze względu na stan zdrowia fizycznego? Jeżeli nie, należy przejść do pytania 14

- Tak Nie

Jeżeli tak, prosimy o wskazanie leków/form leczenia, które obecnie stosujesz i w związku z jaką chorobą/stanem:

Choroba/stan	Leki / forma leczenia
.....
.....
.....

14. Czy specjalista zdiagnozował u Ciebie obecnie którekolwiek z poniższych zaburzeń neurorozwojowych lub psychicznych? *(Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)*

- Depresja
 - Zaburzenie dwubiegunowe
 - Zaburzenia lękowe
 - Psychoza lub schizofrenia
 - Zaburzenia odżywiania
 - Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)
 - Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD)
 - Zespół Tourette'a
 - Zaburzenia osobowości
 - Zespół stresu pourazowego (PTSD)
 - Żadne z powyższych
 - Inne zaburzenia psychiczne lub neurorozwojowe (należy podać jakie)
-

15. Czy obecnie stosujesz którekolwiek z poniższych metod leczenia zaburzeń neurorozwojowych lub psychicznych?

- Leki
- Terapia psychologiczna
- Inne
- Nie

16. Jeżeli tak, prosimy o opisanie metody leczenia, którą stosujesz obecnie (np. nazwę leków lub terapii): *Jeżeli nie, należy przejść do pytania 17*

Zaburzenie/stan	Leki / terapia psychologiczna
.....
.....
.....

17. Czy specjalista zdiagnozował w przeszłości u Ciebie którekolwiek z poniższych zaburzeń neurorozwojowych lub psychicznych?

(Prosimy o zaznaczenie wszystkich pasujących odpowiedzi)

- Depresja
 - Zaburzenie dwubiegunowe
 - Zaburzenia lękowe
 - Psychoza lub schizofrenia
 - Zaburzenia odżywiania
 - Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)
 - Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD)
 - Zespół Tourette'a
 - Zaburzenia osobowości
 - Zespół stresu pourazowego (PTSD)
 - Żadne z powyższych
 - Inne zaburzenia psychiczne lub neurorozwojowe (należy podać jakie)
-

18. Czy w przeszłości stosował_ś którekolwiek z poniższych metod leczenia zaburzeń neurorozwojowych lub psychicznych?

- Leki
- Terapia psychologiczna
- Inne
- Nie

19. Jeżeli tak, prosimy o opisanie metody leczenia, jaką stosował_ś w przeszłości (np. nazwę leków lub terapii): *Jeżeli nie, należy przejść do pytania 20*

Zaburzenie/stan	Leki / terapia psychologiczna
.....
.....
.....

20. Czy kiedykolwiek miał_ś problemy z kontrolowaniem emocji?

- Tak Nie

21. Czy konsultował_eś się w tej sprawie ze specjalistą, np. z doradcą lub psychologiem?

- Tak Nie

22. Czy kiedykolwiek brał_ś jakieś leki ze względu na swoje samopoczucie?

Tak

Nie

23. Jeżeli tak, prosimy o wskazanie leków, jakie stosował_ś w przeszłości (np. nazwę leków lub terapii):

Choroba/stan	Leki / terapia psychologiczna
.....
.....
.....

24. Jakie obawy masz obecnie? (prosimy o opisanie)

.....

**25. Na koniec prosimy o pomoc w zaplanowaniu procesu diagnozy
Dlaczego chcesz właśnie teraz poddać się diagnozie?**

.....

26. Co skłoniło Ciebie lub inną osobę do rozważenia zaburzeń ze spektrum autyzmu (często określanych jako ASD)?

Uważam, że mam ASD

Ktoś inny uważa, że mam ASD

27. Chcielibyśmy, żeby proces diagnozy był dla Ciebie jak najbardziej dogodny. Zapoznaj się proszę z poniższą listą udogodnień i zaznacz te, które Twoim zdaniem powinniśmy spróbować zapewnić:

- Dostosowanie do potrzeb osób z zaburzeniem słuchu, mowy lub wzroku
- Dostosowanie środowiska fizycznego, np. dostęp przez drzwi automatyczne
- Dostosowanie środowiska sensorycznego
- Dodatkowe wsparcie podczas oceny
- Dostępny i dostosowany dla osób z niepełnosprawnościami parking
- Bliskość toalet
- Bliskość spokojnej przestrzeni
- Forma komunikacji (np. e-mail, telefon lub poczta)
- Wsparcie związane z trudnościami w uczeniu się
- Dostosowania informacji, np. łatwy do odczytania tekst
- Inne (jakie?)

Data wypełnienia:

Dziękujemy za wypełnienie tego kwestionariusza.

Prosimy o odesłanie kwestionariusza do nas w załączonej kopercie lub emailem na wskazany adres

W przypadku pytań prosimy o kontakt

Proszę wpisać tu wszelkie inne uwagi.

A large, empty grey rectangular area intended for writing notes or comments.

Korzystanie z ACIA i szkolenia

Wywiad Kliniczny do diagnozowania autyzmu u osób dorosłych (ACIA) powinien być stosowany wyłącznie po przeszkoleniu.

Fundacja JiM we współpracy z Uniwersytetem Newcastle prowadzi kursy online, które dostarczają wiedzę i materiały niezbędne do wykorzystania narzędzia ACIA w ocenie możliwych zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) u osób w wieku 16 lat i starszych.

Aby dowiedzieć się więcej i zapisać się, odwiedź: <https://jim.org/szkolenia-jim/specjalisci/> lub wyślij e-mail na adres ACIA@jim.org



Newcastle University
Newcastle upon Tyne
NE1 7RU
United Kingdom