***OBRAZAC ZA PRIJAVU - procjena kvalitete spontanih pokreta***

**Ime i prezime roditelja/skrbnika:**

**Ime i prezime djeteta:**

**Gestacijska dob djeteta:**

**Postmenstruacijska dob djeteta:**

**Je li dijete praćeno od strane neuropedijatra** *(zaokruži*)**: DA NE**

**Imate li nalaz UZV-a mozga** *(zaokruži*) **: DA NE**

* **U procjeni kvalitete spontanih pokreta može sudjelovati dojenčad do 58 tjedna postmenstruacijske dobi (računa se od zadnjeg menstrualnog ciklusa kojeg je majka imala prije trudnoće)**
* **Ovaj dijagnostički postupak je u potpunosti neinvazivan, dijete se ne izlaže stresnoj okolini ni situacijama. Odvija se na vrlo jednostavan način: radi se video snimka djeteta koje leži na podlozi bez dodatnih vanjskih podražaja (ne upotrebljavaju se zvečkice, igračkice i slično); snimka traje desetak minuta dok je dijete optimalno raspoloženo (nije uplakano, gladno i slično). Nakon toga, stručnjak educiran za ovu vrstu procjene radi analizu videosnimke, procjenjuje kvalitetu pokreta i svrstava pokretanje u jednu od četiri kategorije (normalni optimalni, normalni neoptimalni, blago abnormalni ili definitivno abnormalni).**
* **Ukoliko je Vaše dijete u praćenju od strane neuropedijatra molimo da poneste medicinsku dokumentaciju**