

**IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: _____

Data de Nasc.: ____/____/____

idade: _____

turma: _____

Período Escolar: manhã tarde integral**Antecedentes Pessoais:****1) Ordem de nascimento (colocar sexo e idade de cada irmão):**_____

Quem mora na casa: _____

2) Gestação (dados sobre a mamãe):

Desejada	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Transfusões	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Programada	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quedas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Tratamento pré-natal	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sífilis			

Tomou algum medicamento? _____
Qual? _____
Motivo: _____

3) Parto:

Normal Cesariana – motivo: _____
 Prematuro _____ meses
Foi usado fórceps no parto? SIM NÃO

4) Condições da criança:

<input type="checkbox"/> Anóxia (nasceu roxinho)	Tomou algum medicamento	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> Icterícia	Ficou na UTI/incubadora	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> Choro imediato	Motivo: _____		
<input type="checkbox"/> Demorou para chorar	_____		

5) Alimentação:

Seio	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	até _____	Preferência alimentar: _____
Mamadeira	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	até _____	_____
Copinho	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		_____
Alimentação pastosa	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		Restrição alimentar: _____
Início _____				_____
Alimentação sólida	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		_____
Início _____				_____

6) Desenvolvimento Psicomotor**Sustentação**

Sentou com apoio SIM NÃO Quando? _____
Sentou sem apoio SIM NÃO Quando? _____
Engatinhou quando? _____
Andou com apoio quando? _____
Andou sem apoio quando? _____
CORRE PULA
Faz atividade física? _____

7) Desenvolvimento da linguagem

Balbuciou	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Vocabulário:	<input type="checkbox"/> rico	<input type="checkbox"/> pobre	<input type="checkbox"/> médio
Início _____			Expressão Verbal:	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> média
Começou falar com _____			Canta	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Rouquidão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Fala muito sozinho	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Em que situação: _____			Gosta de gritar	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

Em que situação grita? _____

8) Desenvolvimento Pessoal:**Sono:**

Dorme sozinho SIM NÃO
 Dorme ou dormiu com os pais até quando: _____
 Luz apagada SIM NÃO
 Tipo de sono tranquilo agitado acorda muitas vezes

Obs.: _____

Sonambulismo SIM NÃO Frequência: _____
 Pesadelos SIM NÃO Frequência: _____
 Fala dormindo SIM NÃO Frequência: _____
 Enurese noturna (xixi na cama) SIM NÃO

Até quando? _____

Baba? SIM NÃO
 Respiração Bucal? SIM NÃO

9) Higiene

Já retirou a fralda? SIM NÃO Controle de esfínteres (xixi e cocô) SIM NÃO

Obs.: _____

Escovação de dentes boa vontade má vontade ainda não escova

Banho gosta foge se perfuma se penteia

Rói unhas Dedo no nariz **Outros hábitos:** _____

Chupa o dedo Pisca muito Tiques Movimentos rítmicos

Tricotilomania (arranca os cabelos) SIM NÃO

OBS.: _____**10) Independência**

Veste-se sozinho SIM NÃO Toma banho sozinho SIM NÃO

Abotoa roupas SIM NÃO Escova dentes sozinho SIM NÃO

Amarra cadarço SIM NÃO Penteia cabelo sozinho SIM NÃO

Faz nós SIM NÃO Come sozinho SIM NÃO

11) Sociabilidade

Interage bem com:

Pais SIM NÃO Irmãos SIM NÃO

Outros parentes:

Colegas maiores menores mesma idade

Costuma ser agressivo ou histérico em quais situações?

Humor/gênio bom forte Conta muitas mentiras sim não

12) Doenças apresentadas:

Caxumba Sarampo Encefalite Rubéola

Catapora Varíola Meningite Asma

Acidentes: _____

Alergias: _____

Convulsões: _____ Frequência: _____

Desmaios: _____

13) Problemas de saúde na família:

Retardo. Quem? _____ Outros tóxicos. Quem? _____ Qual? _____

Paralisia. Quem? _____ Disritmia. Quem? _____

Epilepsia. Quem? _____ Consanguinidade. Quem? _____

Asma. Quem? _____ Doenças nervosas. Quem? _____

Cegueira. Quem? _____ Alcoolismo. Quem? _____

Surdez. Quem? _____ Outras: _____

14) Cirurgias:

Adenóide SIM NÃO Amígdala SIM NÃO

Outras: _____

15) Outros dados importantes relatados durante a entrevista:**Responsável:** _____**Data:** _____