

FICHA DE ANAMNESE – Favor preencher com letra de forma legível

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Responsável pelo aluno:

Telefone:

E-mail:

CONFIGURAÇÃO FAMILIAR

Com quem o (a) filho (a) reside?

Pais: () casados () separados () separados com nova estrutura familiar () solteiros () viúvos

Tem filhos de outro casamento? () Sim () Não

Em caso positivo, relacionar nomes e idades:

Em caso de pais separados, há alguma restrição de convívio com o pai ou a mãe? () Sim () Não
Especificar:

Filho: () biológico () adotivo - a criança tem clareza do processo de adoção? () Sim () Não

HISTÓRIA PREGRESSA

GESTAÇÃO: () Planejada () Não planejada

Alguma situação de risco durante a gestação? Especificar:

PARTO: Como foi o parto e os primeiros contatos com o bebê?

CONDIÇÕES DO RECÉM-NASCIDO: Amamentação: () natural () mamadeira

Peso: Alguma alteração e/ ou doença?

EVOLUÇÃO PSICOMOTORA (idade)

Engatinhou com: Caminhou: Controlou esfíncteres (urina e fezes):

ALIMENTAÇÃO: () diversificada () restritiva () alergia e/ou intolerância a algum alimento

SONO: () tranquilo () insônia () hipersonia () agitado () ronco () bruxismo

LINGUAGEM: () dentro do esperado () com atraso () alguma dificuldade (trocas/omissões/gagueira)

ASPECTOS MOTORES:

*Apresenta dificuldade quanto à:

Postura, locomoção e/ou coordenação? () Sim () Não

Coordenação motora fina (pressão do lápis, uso da tesoura, desenho)? () Sim () Não

ASPECTOS PERCEPTIVOS

Apresenta dificuldade:

Para enxergar? Sim Não

Quanto à atenção? Sim Não

Para ouvir? Sim Não

Quanto à agitação? Sim Não

5. SAÚDE

Apresenta algum problema de saúde? Sim Não

Especificar:

Faz uso de medicação? Sim Não

Especificar:

ATENDIMENTOS ESPECIALIZADOS:

| Especialidades | Anteriores Profissional/Duração | Atuais Profissional/Duração/Contato |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo(a) | | |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo(a) | | |
| <input type="checkbox"/> Psicopedagogo(a) | | |
| <input type="checkbox"/> Neurologista | | |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra | | |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta | | |
| <input type="checkbox"/> Outras áreas | | |

Motivo do encaminhamento:

6. TRAJETÓRIA ESCOLAR

Idade de ingresso na escola:

Processo de Adaptação escolar ocorreu de forma tranquila? Sim Não

Especificar:

Repetiu alguma série? Sim Não –

Especificar (série/motivo):

Realiza atividade extraclasse? Sim Não –

Especificar:

Adapta-se facilmente com novos grupos? Sim Não –

Especificar:

Apresenta facilidade quanto às regras de convivência escolar? Sim Não

Especificar:

Área que demonstra facilidade para a aprendizagem:

Área que demonstra dificuldade para a aprendizagem:

Necessita de apoio educacional especial? Sim Não –

Especificar:

ASSINATURA: _____

Porto Alegre, _____ de _____