# 

**IC (idade cronológica) = ACIMA de 3 anos**

Nome do aluno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. Idade atual: \_\_\_\_\_\_\_ anos.  
Série: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Filiação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Irmãos: ( ) Não ( )Sim.

Se sim, quantos? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ou mais.

Nomes/idades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**A gestação foi**: ( ) programada ( ) inesperada

Idades dos pais quando se deu a concepção: Pai \_\_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_\_.

Houve tentativa de aborto? ( ) Não ( )Sim. Fez pré-natal? ( ) Não ( )Sim.

Gravidez de risco? ( ) Não ( )Sim. Houve internações? ( ) Não ( )Sim.

Duração?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semanas.

Parto: ( ) normal ( ) Cesário ( ) fórceps

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Estatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Teste do pezinho?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Teste da orelhinha? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Já teve alguma doença? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Cirurgias? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Alergias? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Faz algum tipo de acompanhamento médico: ( ) Não ( )Sim.  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Mamou no seio materno? ( )Não ( ) Sim. Até que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Mamadeira? ( )Não ( ) Sim. Até que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
Usou/usa chupeta? ( )Não ( ) Sim. Até que idade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

O que mais gosta de comer?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Com que idade**:

Engatinhou?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sentou?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Andou?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Hoje:** Cai muito?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Esbarra nas coisas com frequência?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Deixa cair objetos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Preferência lateral/ Usa mais a mão: ( ) Direta ( ) Esquerda.

**Sono:** ( ) agitado ( ) tranquilo ( ) acorda várias vezes ( ) outro? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Onde dorme? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Com quem? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Linguagem e Comportamento**:

Balbuciou ( ) Sim ( ) Não

Com que idade falou?\_\_\_\_\_\_\_\_

Primeiras Sílabas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Palavras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
Família observa alguma dificuldade específica na linguagem? ( ) Não ( ) Sim.

Se sim, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**- > Responda usando uma escala de 1 a 4, onde:**

**0= Nenhum pouco | 1= Pouco | 2= Bastante | 3= Demais**

* Você acha que seu filho não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou em tarefas de casa? \_\_\_\_.
* Você acha que seu filho tem dificuldade de manter a atenção em atividades de lazer? \_\_\_.
* Às vezes parece não estar ouvindo quando você fala diretamente com ele? \_\_\_\_.
* Seu filho segue instruções até o fim e termina deveres de escola? \_\_\_\_.
* Seu filho tem dificuldade para organizar suas tarefas e atividades? \_\_\_\_.
* Aceita quando algo lhe é negado, sem questionar? \_\_\_\_.
* Evita ou não gosta de tarefas que exigem esforço mental prolongado?

(Ex: Quebra-cabeça) \_\_\_\_.

* Perde suas coisas com frequência? \_\_\_\_.
* Distrai-se com estímulos externos? \_\_\_\_.
* Gosta de mudanças de rotina? \_\_\_\_.
* É esquecido em atividades do dia-a-dia? \_\_\_\_.
* Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira? \_\_\_\_.
* Não pára ou frequentemente está a “mil por hora”? \_\_\_\_.
* Você acha que seu filho fala em excesso? \_\_\_\_.
* Tem dificuldade de esperar sua vez? \_\_\_\_.
* Interrompe os outros ou se intromete na conversa dos adultos? \_\_\_\_.
* Seu filho gosta de ouvir/ler histórias? \_\_\_\_.
* Seu filho gosta de música? \_\_\_\_.

Seu filho tem medo de alguma coisa? ( ) Não ( ) Sim. Se sim, do que? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Quais brinquedos/brincadeiras/atividades seu filho (a) mais gosta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Utilize este espaço para quaisquer dúvidas ou sugestões que queria compartilhar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Preenchido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.