

Anamnese Fonoaudiológica

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: ____/____/____.