

ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Data de nascimento: _____ Idade: ____ A ____ M
Morada:	Telefones:
Nome do Observador:	Data da observação:

Informação fornecida por:

Nome _____
Parentesco/ Relação com a criança _____
Morada _____
Telefones _____

CONTEXTO FAMILIAR E SOCIAL

Nome do Pai: _____ Idade: _____
Habilitações académicas: _____ Profissão: _____
Emprego actual: _____

Nome da Mãe: _____ Idade: _____
Habilitações académicas: _____ Profissão: _____
Emprego actual: _____

Fratria _____ M ____ F ____
Idades _____

Tem quarto próprio? _____ Cama própria? _____
Outras pessoas com quem coabita: _____
Quem presta os cuidados primários? _____
Quem toma conta da criança quando estes não estão? _____
Os prestadores de cuidados estão de acordo com a disciplina familiar? _____
Métodos de disciplina utilizados? _____
A criança vê habitualmente outros familiares? _____
Está habitualmente com outras crianças? _____

GRAVIDEZ

Foi planeada? _____ Desejada por ambos os progenitores? _____
Dificuldade na concepção _____
A mãe foi acompanhada por um médico durante a gestação? Não ____ Sim ____
Número de gestações prévias da mãe _____ Abortos _____
Passado clínico dos irmãos (caso existam) _____
Estado emocional _____
Ritmo de vida durante a gravidez _____
Alterações do sono _____
Imaginava o bebé? _____ Como? _____
Sentia-o? _____ Desde quando? _____

Complicações durante a gravidez:

Vômitos excessivos _____ Sarampo _____ Gripe _____ Anemia _____
Toxemia _____ Ganho de peso anormal _____ Incompatibilidade de Rh _____
Traumatismo da Mãe. (descrever) _____
Hospitalização _____
 Raios-X. Em que mês? _____
Utilização de fármacos. De que espécie? _____
Ingestão de álcool. Frequência: _____
Hábitos tabágicos. Frequência: _____
Outras drogas (quais). Frequência: _____

NASCIMENTO

Quando a criança nasceu que idade tinha a Mãe? _____ E o Pai? _____
Qual a idade da mãe quando nasceu o primeiro filho? _____
Esta criança nasceu num Hospital? Sim ___ Não ___ Onde? _____
Duração da gestação _____ semanas. Duração do trabalho de parto _____ horas
Parto normal _____ Induzido _____ Epidural _____ Cesariana _____ Fórceps _____
Peso _____ Comp. _____ Cefálico _____ Apgar _____ / _____

PÓS-PARTO

Estado da mãe após o parto? _____
Estado da criança à nascença _____
Como era o bebé? _____
Incubadora _____ Durante quanto tempo? _____
Icterícia. Fototerapia? _____
Problemas respiratórios após o nascimento? _____
_____ Oxigenoterapia _____
Deformações de nascimento _____
Perda de peso _____ Vômitos _____
Dificuldades de nutrição _____
Perturbações do sono _____
Choro excessivo _____
Problemas cutâneos _____ Intestinais _____
Outros _____

DESENVOLVIMENTO

Emocional

Quem cuidou da criança nos 1ºs meses? _____
E posteriormente, teve amas? Como foi? _____

Ficava contrariada quando separada dos pais _____
Como era em bebé? _____

Manifestava sinais de prazer e desprazer (fralda molhada, satisfeito ou com fome) _____

A mãe soube interpretar estes sinais facilmente? _____
Quando e como mostrou respostas à mãe _____
Cólicas (3º mês) _____ Como foi? _____
1º Sorriso (diferente dos esgar neurológico 2/3m) _____
Começou a não querer o colo de estranhos - "Angústia do estranho"(7/9m) _____
Quando surgiu o "não" (2 anos/3) _____

Psicomotor

Com que idade a criança adquiriu os seguintes comportamentos?

Reflexo de sucção _____ Segurar a cabeça _____
Virar-se sozinho _____ Sentar-se sozinho _____
Gatinhar _____ Ficar de pé sozinho _____ Andar sozinho _____
Subir escadas _____ Descer escadas _____
Beber por um copo _____ Comer com a colher _____
Despir as meias _____ Vestir camisolas _____ Abotoar o casaco _____
Fazer pinça _____ Preferiu uma mão em relação à outra _____ Qual? _____
Os pais tomaram alguma atitude em relação a isso? _____
Controlo dos esfíncteres _____
Enurese nocturna? Não _____ Sim _____ Se sim, até que idade? _____
Encoprese nocturna? Não _____ Sim _____ Se sim, até que idade? _____
Há alguma razão médica para a enurese e encoprese nocturna? Não _____ Sim _____
Qual? _____

Linguagem

Expressiva

Dirigiu o olhar _____ Respondeu ao nome _____ Apontou _____
Utilizou o choro, o sorriso e os gestos para se expressar _____
Realizou lalações _____ Realizou gorgeios _____ Utilizou onomatopeias _____
Jogou em significado simbólico _____ Vocalizou por frases _____
Vocalizou por palavras _____ Utilizou ecolália _____
Expressão verbal confusa? _____
Nunca usou a sua voz _____ Adquiriu a linguagem e depois deixou de falar) _____

1^{as} palavras (quais e a que idade) _____
1^{as} frases (quais e a que idade) _____

Receptiva - Comportamento auditivo

Mostra interesse pelos sons _____ Responde a qualquer som _____
Responde só a sons muito intensos _____
Parece ignorar alguns sons _____
Tem hipersensibilidade aos sons _____
Mostra medo perante o som _____
Utiliza a sua audição projectivamente _____

Psicossomática

Sono

Em bebé, dormia bem? _____
Horário de sono do bebé _____
Horários de sono dos pais neste período _____
Actualmente: Tipo de sono _____
Dorme pouco _____ Desde quando? _____
Dorme demasiado _____ Desde quando? _____
Pais tomam alguma atitude em relação a isso? _____
Horário normal do sono: Deitar _____ Levantar _____ Dorme a sesta? _____
Dorme sozinha _____ Se não, com quem? _____ Porquê? _____
_____ Desde quando? _____
Tem algum ritual para dormir? _____

Sonho

Sonha? _____ Tem pesadelos? _____ Terores nocturnos? _____
O que faz a criança nestas situações? _____

E os cuidadores? _____

Alimentação

A criança mamou? _____ Se não, porquê? _____

Aleitamento curto ou longo? _____

Usou biberão? _____ Até quando? _____

Quando foi introduzida a comida sólida _____ A criança fez uma boa adaptação?

Alguma vez houve problemas na alimentação? _____

Sensibilidade a alguns alimentos? _____

HISTÓRIA MÉDICA

Doenças contraídas pela criança

Assinalar todas doenças que a criança contraiu, indicando a idade

Sarampo		Tuberculose		Difteria		Febre superior a 40°	
Rubéola		Tosse Convulsa		Meningite		Febre alta prolongada	
Varicela		Escarlatina		Encefalite		Traumatismo Craneano	
Papeira		Febre Reumática		Anemia		Coma ou perda de consciência	

Outras possíveis doenças ou cirurgias _____

Alguma vez a criança esteve com medicação por um período prolongado de tempo (mais de 6 meses)? _____ Se sim, quando? _____

De que tipo? _____

A criança, neste momento, apresenta algum dos seguintes problemas?

Se sim, com que regularidade

Respiratórios

Constipações frequentes _____ Tosse crónica _____ Asma _____

Febre dos Fenos _____ Sinusite _____

Cardiovasculares

Polipneia ou tonturas com o exercício físico _____ Limitação da actividade devido à condição cardiovascular _____ Sopro Cardíaco _____

Gastrointestinais

Vómitos frequentes _____ Diarreias frequentes _____

Obstipações _____ Dores de estômago _____

Genitourinários

Urinar nas calças/cama _____ Dores ao urinar _____

Urinar de forma excessiva _____ Odor forte da urina _____

Musculoesqueléticos

Dores nos músculos _____ Andar desarmonioso _____

Postura incorrecta _____ Outros problemas musculares _____

Pele

Erupções/borbulhas frequentes _____

Faz hematomas/equimoses facilmente _____ Feridas _____

Acne severo _____ Eczemas _____

Neurológicos

Convulsões _____ Alterações da fala _____

Acidentes de repetição _____ Roer as unhas _____

Chuchar no dedo _____ Ranger os dentes _____

Tiques _____ Balançar a cabeça _____

Balançar-se (trás e frente) _____

A criança alguma vez tomou medicação para aumentar o nível de actividade? _____

A criança alguma vez tomou medicação à base de tranquilizantes? _____

Alergias

Alergia a medicamentos _____

Alergia alimentar _____

Outras alergias _____

Alguma vez tomou corticosteróides _____

Ainda toma? _____

Audição

Otites _____ Problemas auditivos _____

Tubos nos tímpanos _____ Data do último exame auditivo _____

Visão

Problemas visuais _____ Uso de óculos ou lentes de contacto _____

_____ Data do último exame visual _____

Cuidados Médicos

Pediatra da criança _____ Telefone _____

Com que frequência a criança é consultada pelo pediatra? _____

Data da última consulta _____

Presentemente a criança está a tomar alguma medicação? _____

Se sim, qual o tipo e o motivo _____

A criança alguma vez teve apoio psicológico ou terapêutico? _____

Se sim, qual o nome do psicólogo ou terapeuta _____ Telefone _____

Tipo de acompanhamento _____

A criança alguma vez fez um exame neurológico _____

Qual o nome do neurologista _____ Local _____

Data do exame _____ Razões do exame _____

A criança alguma vez fez um exame psiquiátrico? _____

Qual o nome do médico _____ Local _____

Razões do exame _____

A criança já foi hospitalizada? _____ Motivo _____

_____ Tempo de hospitalização _____

Essa situação trouxe alguma alteração ao desenvolvimento da criança?

HISTÓRIA MÉDICA FAMILIAR

Algum dos elementos da família teve alguns dos seguintes problemas? (Se sim, indicar o grau de parentesco relativamente à criança)

Cancro _____ Problemas de sono _____
Diabetes _____ Fibromialgia _____
Doença coronária _____ Paralisia cerebral _____
Hipertensão _____ Dependência de álcool/drogas _____
Distúrbios de linguagem _____ Distúrbios de comportamento _____
Enxaquecas _____ Distúrbios emocionais _____
Doença mental _____ Deficiência mental _____
Deficiência Motora _____ DA's _____
Nervosismo _____ Alergias _____
Epilepsia (ou convulsões) _____ Traumatismo Craneano _____
Descreva o estado de saúde do pai, presentemente _____

Descreva o estado de saúde da mãe, presentemente _____

ATITUDE/ TEMPERAMENTO

Ri, mostra-se contente e satisfeita _____
Parece infeliz a maior parte das vezes _____
Requer muita atenção parental? _____
É distraída _____ Irrequieta _____ Insatisfeita _____ Desinteressada _____ Impulsiva _____
Excita-se excessivamente ao brincar? _____
Perde o auto controle? _____
Faz muitas "birras" _____ É difícil contê-la _____
Chora _____ Excessivamente _____
Tem medos _____
Tem noção dos perigos? _____
Apresenta um baixo nível de vigilância? _____
Parece pouco enérgica quando joga? _____
Que tipo de actividades prefere? _____

RELACIONAMENTO

Joga c/ crianças _____ e com adultos _____
Prefere brincar com crianças mais novas _____
Prefere brincar sozinha _____ Tem facilidade em fazer amigos _____
Parece desconfortável quando conhece novas pessoas _____
Brinca com outras crianças da família _____ E da vizinhança _____
É enérgica quando joga _____
Exagera quando enfrenta um problema _____
O que a faz ficar zangada? _____
Adapta-se facilmente às situações _____
Expressa as suas necessidades e sentimentos _____
Luta frequentemente com os colegas _____

AUTONOMIA

Conta acontecimentos _____ Sabe pedir ajuda _____ Diz "por favor" e "obrigada" _____
"Veste-se sozinha" _____ Toma banho sozinha _____

Sabe comportar-se à mesa _____ Ajuda nas tarefas domésticas _____

HISTÓRIA EDUCACIONAL

Frequentou infantário? _____

Frequentou o ensino pré-escolar? _____

Mudou de escola por razões extrínsecas à progressão escolar normal? _____

Alguma vez reprovou? _____

Alguma vez saltou um ano? _____

Tem mau aproveitamento escolar? _____ se sim, em que áreas? _____

Foi avaliado para a educação especial? _____

A criança gosta de ir à escola? _____

Falta frequentemente à escola? _____

Tem alguma ideia acerca da qualidade da escola e dos professores? _____

Quais as expectativas que tem para esta criança? _____
