

ANAMNESE INFANTIL

Nome: _____

D/N: ____/____/____ Idade: ____anos____meses Data da entrevista:
____/____/____ Série: _____

Escola: _____ Particular ()
) Estadual () Municipal ()

Método de ensino : _____ Nome da
professora: _____

Nome do pai: _____ Idade: _____ Destro ()

Canhoto () Escolaridade: _____

Profissão: _____ Dificuldade
escolar: _____

Nome da mãe: _____ Idade: _____ Destra ()

Canhota () Escolaridade: _____

Profissão: _____ Dificuldade
escolar: _____

A criança compareceu na entrevista psicológica acompanhada: Dos os pais
() Só com a mãe ()

Só com o pai () Com avós () Com tios () Com pais adotivos
() Outros ()

A criança é: Filho único() Primogênito() 2° filho() 3°
filho() Gêmeos (): _____

Adotado() Sabe sobre a adoção? ()

Irmãos

Nome: _____ Idade: _____

Escola: _____ Série: _____

Dificuldade escolar: Sim () Não ()

Nome: _____ Idade: _____

Escola: _____ Série: _____

Dificuldade escolar: Sim () Não ()

Nome:_____ Idade:_____
Escola:_____ Série:_____
Dificuldade escolar: Sim () Não ()

Nome:_____ Idade:_____
Escola:_____ Série:_____
Dificuldade escolar: Sim () Não ()

A criança reside: Com os pais () Só com a mãe () Só com o pai () Com avós () Com tios () Com pais adotivos () Outros ()

ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS E PSIQUIÁTRICAS

Deficiência mental: Sim () Não () Grau de parentesco:_____

Essa pessoa reside com a família e qual o contato da criança:_____

Distúrbio de aprendizagem: Sim () Não () Grau de parentesco:_____

Essa pessoa reside com a família e qual o contato da criança:_____

Dificuldades escolares: Sim () Não () Grau de parentesco:_____

Essa pessoa reside com a família e qual o contato da criança:_____

Doença psiquiátrica: Sim () Não () Grau de parentesco:_____

Essa pessoa reside com a família e qual o contato da criança:_____

Doença neurológica: Sim () Não () Grau de parentesco:_____

Essa pessoa reside com a família e qual o contato da criança:_____

QUEIXA

PRINCIPAL: _____

Outras

queixas: _____

Quem percebeu ou identificou o problema: Mãe () Pai () Os

pais () Escola () Professora () Outro profissional ()

Qual: _____

—

Quem encaminhou a criança: Pais () Escola () Professora ()

Outro profissional () Outros ():

Comentários: _____

HISTÓRICO

Gestação: planejada () indesejada () sem intercorrência ()

com problemas de ordem física ()

especifique: _____

com problemas de ordem emocional ()

especifique: _____

Saúde da mãe durante a gestação: boa () regular com problemas

comuns () péssima ()

Obs: _____

Medicações e exames importantes feitos pela mãe durante a
gestação:_____

Nascimento: a termo () prematuro () Quantos meses de
gestação:_____

Parto: cesárea () normal () sem intercorrências () com
intercorrências ()

Obs:_____

DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM E PSICOMOTOR

Com que idade falou: primeiras palavras:_____ primeiras
frases:_____

Dificuldades na aquisição da fala: Sim () Não ()

Trocas:_____

Com que idade engatinhou:_____

Andou:_____

Andou de bicicleta:_____

Outro:_____

Com que idade houve o controle da enurese:_____

Enurese primária: () **Enurese secundária** (), que idade iniciou o
problema e quais os motivos_____

Com que idade houve o controle das fezes:_____

Encoprese primária () **Encoprese secundária** (), que idade iniciou
o problema e quais os motivos_____

Que mão utiliza para: Comer D () E () Abrir porta D ()
E () Pentear o cabelo D () E () Escovar os dentes
D () E () Cortar papéis D () E ()

Que pé utiliza para: Chutar D () E () Subir um degrau
D () E ()

Veste-se sozinha: Sim () Não (), Se há dificuldade,
quais: _____

Dá laço: Sim () Não ()

Toma banho sozinho: Sim () Não ()
): _____

Consegue tomar atitudes de auto-cuidados, Por exemplo quando se fere, o
que faz:

Pede ajuda () Se vira sozinho ()
): _____

Quando está com fome: Pede ajuda () Se vira sozinho ()

Quando quer algo: Pede ajuda () Se vira sozinho ()
): _____

HÁBITOS ALIMENTARES

A criança tem horários para alimentar-se: Sim () Não ()

A criança respeita esses horários: Sim () Não ()

A criança faz as refeições junto com os outros familiares: Sim () Não
()

A criança recusa-se a alimentar-se: Sim () Não ()

Como é a alimentação da criança: ótima, come bem () boa () regular
() péssima ()

Quem oferece a alimentação à criança: Mãe () Pai () Irmão ()

Empregada () Outro ()

Quais são as suas preferências
alimentares: _____

A criança está com dificuldades com relação ao peso: Sim () Não ()

Excesso de peso ()
): _____

Abaixo do peso ()
): _____

SONO

A criança dorme sozinha: Sim () Não () Com irmãos Sim () Com os pais () Com a mãe ()

Com o pai () Outro () : _____

Tem seu próprio quarto: Sim () Não () Dorme no quarto com irmãos Sim () Não ()

A criança durante a noite levanta-se e vai para cama dos pais Sim () Não ()

Qual a atitude dos pais: _____

A criança tem pesadelos: Sim () Não ()

Qual a atitude dos pais: _____

Com que freqüência tem pesadelos: Nunca () Às vezes ()

Freqüentemente ()

Qual a atitude dos pais: _____

Qual o tema mais freqüente dos pesadelos: _____

Qual a qualidade do sono da criança: péssimo () regular () bom () ótimo ()

a) acorda com olheiras, irritada, não quer levantar-se ()

b) tem dificuldade para conciliar o sono ()

c) regular, dorme rapidamente, mas levanta-se ou agita-se muito durante a noite ()

d) tem dificuldade para conciliar o sono, mas depois dorme pesadamente ()

e) dorme sempre pesadamente ()

A criança ouve estórias antes de dormir: Sim () Não ()

Quem conta estórias: mãe () pai () irmão () empregada ()

outro ():_____

SAÚDE GERAL

A saúde geral da criança atualmente é: ótima () boa () regular () ruim ()

Doenças importantes no primeiro ano de vida:_____

Medicações usadas:_____

Doenças importantes no segundo ano de vida:_____

Medicações usadas:_____

Doenças importantes no terceiro ano de vida:_____

Medicações usadas:_____

Doenças importantes no quarto ano de vida:_____

Medicações usadas:_____

Doenças importantes no quinto ano de vida:_____

Medicações usadas:_____

Doenças importantes no sexto ano de vida:_____

Medicações

usadas: _____

Doenças importantes entre 7 e 12 anos de vida: _____

Medicações

usadas: _____

Medicações usadas atualmente: _____

Como a criança enfrentou os problemas de saúde: _____

Como os pais enfrentaram os problemas de saúde: _____

Alguma cirurgia importante: Sim () Não ()

Qual: _____

Com _____ que idade: _____

Já teve convulsões: Sim () Não ()

Quando: _____

Já teve desmaios: Sim () Não ()

Quando: _____

Já ficou em coma por algum motivo: Sim () Não () Quando e quanto tempo: _____

QUAIS OS TIPOS DE TRATAMENTO DE QUE A CRIANÇA JÁ NECESSITOU OU
NECESSITA

Fonoaudiologia: Sim () Não ()

Motivo: _____

Tempo _____ de _____ tratamento:

—

Nome do profissional: _____ Houve melhora:

Sim () Não () Regular ()

Terapia Ocupacional: Sim () Não ()

Motivo: _____

Tempo _____ de _____ tratamento:

—

Nome do profissional: _____ Houve melhora:

Sim () Não () Regular ()

Fisioterapia: Sim () Não ()

Motivo: _____

Tempo _____ de _____ tratamento:

—

Nome do profissional: _____ Houve

melhora: Sim () Não () Regular ()

Psicoterapia: Sim () Não ()

Motivo: _____

Tempo _____ de _____ tratamento:

—

Nome do profissional: _____ Houve melhora:

Sim () Não () Regular ()

Psicopedagoga: Sim () Não ()

Motivo: _____

Tempo _____ de _____ tratamento:

—

Nome do profissional: _____ Houve melhora:

Sim () Não () Regular ()

Psiquiatra: Sim () Não ()

Motivo: _____

Tempo de tratamento:

Nome do profissional: Houve melhora:

Sim () Não () Regular ()

Outros: Sim () Não ()

Qual: Motivo:

Tempo de tratamento:

Nome do profissional:

VIDA ACADÊMICA

Com que idade iniciou a vida escolar: Um ano () Dois () Três anos () Quatro anos () Cinco anos () Seis anos () Sete anos () Outra idade ()

Cursou: Maternal: () Onde: Jardim I: ()

Onde:

Jardim II: () Onde: Jardim III: ()

Onde:

Pré escola: () Onde: 1ª Série: ()

Onde:

2ª Série: () Onde: 3ª Série: ()

Onde:

4ª Série: () Onde: 5ª Série: ()

Onde:

6ª Série: ()

Onde:

Já reprovou: Sim () Não () Quais séries reprovou: -

Motivos da reprovação:

Qual a reação da criança:_____ Qual a reação dos pais:_____

Qual o principal tipo de dificuldade da criança: Leitura () Escrita () Matemática () Outros ()

Quais as matérias que a criança tem dificuldade: Língua portuguesa () Matemática () Ciências () História () Geografia () Inglês ou outra língua () Outra () _____

A criança sempre apresentou dificuldade ou passou a apresentar dificuldade recentemente: Sempre () Recentemente ()

Se recentemente, quando passou a apresentar dificuldade: 1ª Série () 2ª Série () 3ª Série () 4ª Série () 5ª Série () 6ª Série ()

Quais os motivos que possivelmente desencadearam a dificuldade:

Problemas emocionais: Perda de alguém próximo () Morte de alguém próximo () Nascimento de um irmão () Depressão () Ansiedade () Outro () : _____

Outros problemas: Mudança de escola () Mudança de professor () Mudança de cidade () Mudança de casa () Mudança de bairro () Outro () : _____

Como é a letra da criança: Péssima () Regular () Boa ()

Apresenta: Trocas ()

Tipo: _____

—
Omissões: Sim () Não () Quais: _____

Aglutinações: Sim () Não ()

Escrita em espelho: Sim () Não ()

Quais: _____

DINÂMICA FAMILIAR

Qual o principal cuidador da criança: mãe () pai () irmão () empregada () outro ()

Com quem a criança se relaciona

melhor: _____

Com quem a criança tem relacionamento mais

problemático: _____

Motivo: _____

Os pais tem o hábito de brincar com a criança: Sim () Não ()
Quantas vezes por semana: Uma vez () Duas vezes () Três vezes ou
mais () Todos os dias ()
Quem brinca mais: Mãe () Pai () Os dois () Irmãos ()
Que tipo de
brincadeiras: _____

Os irmãos brincam com a criança: Sim () Não ()
Que tipo de
brincadeiras: _____

Outra pessoa da casa brinca com a criança: Sim () Não ()
Que tipo de
brincadeiras: _____

Quem acompanha intimamente a vida acadêmica da criança: Mãe ()
Pai () Irmão ()
Empregada () outro ()
Quem vai às reuniões escolares: Mãe () Pai () Irmão ()
Empregada () outro ()
Com quem faz a tarefa da escola: Sozinha () Com a mãe () Com o
pai () Irmão/a mais velho ()
Com a empregada () Professora particular () Outro ()
**Qual o comportamento da criança na hora da
tarefa:** _____

Como a criança cuida do seu material escolar: Muito cuidado ()
Cuidado regular () Péssimo cuidado ()

A família possui o hábito de sair juntos: Sim () Não ()
Passeios Tipos: Ir ao parque ou circo () Shopping () Cinema ()
Viagens () Visitar parentes ()

Visitar amigos () Igreja () Ir a festas de amigos dos pais ()
Ir a festas infantis () Outros ()

Os pais tem amigos ou contato com outros casais que possuem crianças:
Sim () Não ()

Os pais conhecem os pais dos amigos de seu filho: Sim () Não ()

Os pais tem dúvidas a cerca da educação dos seus filhos: Sim () Não ()

Tipos de

dúvidas: _____

Com que os pais se aconselham a cerca da educação dos seus filhos: Com os próprios pais “avós da criança” () Com parentes próximos () Com amigos que não possuem crianças () Com amigos que possuem crianças () Com os professores da criança () Com especialistas (psicólogo, psicopedagogo, médicos, etc) ()

Outros ()
): _____

PERSONALIDADE DA CRIANÇA

A criança é distraída: Sim () Às vezes () Não ()

Esquece os compromissos ou o que a mãe pede com frequência: Sim () Às vezes () Não ()

Perde seus brinquedos e objetos: Sim () Às vezes () Não ()

A criança é obediente: Sim () Às vezes () Não () Com quem: _____

Qual a atitude dos pais: _____

A criança respeita limites e aceita regras: Sim () Às vezes () Não ()

Qual a atitude dos pais: _____

Tenta de alguma forma driblar as regras: Sim () Às vezes () Não () Como: _____

Qual _____ a _____ atitude _____ dos
pais:_____

Tem comportamento de birra ou desafiador: Sim () Às vezes () Não
() Como:_____

Qual _____ a _____ atitude _____ dos
pais:_____

Comentários:_____

HÁBITOS E HABILIDADES SOCIAIS

A criança tem amigos: Sim muitos () Sim poucos () Não () Motivo
:_____

Briga muito com as outras crianças: Sim () Não ()
Motivo:_____

Quer ser sempre o líder das brincadeiras: Sim () Não ()

Os amigos mais próximos, com quem a criança se relaciona melhor são:

a) crianças mais velhas que ela ()

b) da mesma idade que ela ()

c) crianças mais jovens que ela ()

d) adultos ()

e) idosos ()

f) vizinhos ()

g) família ()

h) parente próximos ()

i) da escola ()

j) desconhecidos dos pais ()

l) se relaciona bem com todo o tipo de pessoa ()

A criança cai ou fere-se com freqüência: Sim () Não ()

Atitude _____ dos
pais:_____

A criança não tem noção do perigo: Sim () Não ()

Atitude _____ dos
pais: _____

Quais são os seus brinquedos e passatempos prediletos:

Televisão: Sim muito () Sim razoável () Raramente () Nunca assiste TV ()

Que programas: Desenhos () Que tipos: _____

Filmes: Sim () Não () Desenhos () Aventura () Terror () Comédias () Suspense () Policial () Esporte () Todos ()

Computador: Sim muito () Sim razoável () Raramente () Nunca utiliza o computador ()

Atividades preferidas no computador: Jogos () Pesquisa da escola () Internet () Outros (): _____

Brincadeiras: Sim muito () Sim razoável () Raramente () Não gosta de brincar ()

As brincadeiras são: Somente dentro de casa () Vídeo game () De rua () Lutas () Futebol ()

Jogos de montar () Desenhar () Outros () : _____

A criança pratica algum esporte: Sim () Não ()

Atualmente quais esportes ela pratica: Natação () Futebol () Artes marciais () Outros ()

Quais esportes a criança já praticou anteriormente, com que idade: Natação () Futebol () Artes marciais () Outros () _____

Os pais incentivam a pratica de esportes: Sim () Não ()

Observações

importantes: _____
