

ANAMNESE INFANTIL

Data: ____ / ____ / ____

1) Identificação

Nome: _____
Idade: _____ Nascimento: ____/____/____
Endereço: _____
Fone Res.: _____ Cel Mãe: _____ Cel Pai: _____
Religião: _____
Acompanhamento Médico: () S () N Médico: _____ Tel.: _____
Faz uso de medicação: () S () N Qual: _____ Frequência: _____

2) Ambiente Familiar

Pai: _____ Idade: _____ Profissão: _____
Mãe: _____ Idade: _____ Profissão: _____
Situação Conjugal: _____ Irmãos /Idade/Nome: _____
Como é o ambiente familiar? _____
Com quem a criança costuma ficar? _____

3) Escolarização

Escola: _____
Série: _____ Turno: _____ Rendimento Escolar: _____
A criança já estudou antes em outra escola? () S () N Qual? _____
Motivo da transferência: _____
Já repetiu alguma série? () S () N A criança recebe algum tipo de orientação quanto aos deveres de casa? () S () N Quem oferece? _____ Durante quanto tempo? _____
Teve problemas em se adaptar à escola? () S () N
Quais? _____

4) Histórico da criança

Gestação / Expectativas _____
Cesariana / Normal? _____ Peso: _____ Estatura: _____
Teve episódios de depressão? _____
Algum conflito durante a gestação? _____

5) Linguagem e Desenvolvimento

Andou com quantos anos? _____ Engatinhou? () S () N Controle de Esfíncteres? () S () N
Controle de Enurese? () S () N Controle de Encoprese? () S () N
Falou com quantos anos? _____ Apresenta gagueira? () S () N Choro frequente? () S () N

6) Antecedentes Patológicos

Teve alguma doença? () S () N Qual? _____
Já foi submetido a cirurgia, internação? () S () N Qual? _____ Quando? _____
Por quê? _____
Tem alguma doença atualmente? () S () N Qual? _____
Está sendo tratado? _____
Teve perdas importantes, mortes ou abandonos? _____
Alcoolismo e/ou drogas na família? _____

7) Sono

Apresenta:

Medo de dormir? () S () N Sonambulismo () S () N Terrores Noturnos () S () N
Hipersonia () S () N Pesadelos () S () N Insônia () S () N
Dorme sozinha? () S () N Com quem? _____

8) Sociabilidade

Tem amigos? () S () N Muitos ou poucos? _____
Como é o relacionamento com eles? _____
Como se comporta em ambientes diferentes? _____
Prefere brincar em grupo ou sozinho? _____
Costuma destruir os brinquedos ou é cuidadoso com eles? _____
De que gosta mais de brincar? _____
Tem hábito de pegar o que é do outro? _____
Como se comporta quando fica irritado? _____

9) Alimentação

Foi amamentado? () S () N Até que idade? _____ Usou mamadeira? () S () N Até que idade? _____
Usou chupeta? () S () N Até que idade? _____ Apresenta:
Vômitos () S () N Polifagia () S () N Fobia de alimentos () S () N Anorexia () S () N
Comer demais () S () N Ruminação () S () N Regurgitação () S () N

10) Apresenta os comportamentos

- Inquietação motora contínua: corridas, saltos, etc () S () N
- Dificuldade motora em manter-se sentado () S () N
- Mudança rápida de atividade () S () N
- Maneirismos motores fixos/tiques/manias/TOC () S () N Quais? _____
- Rói unhas? () S () N Autolesão repetitiva () S () N Acessos de birra frequentes () S () N
- Com frequência culpa os outros pelos seus próprios erros () S () N Desafia regras () S () N
- É sensível ou facilmente aborrecida pelos outros () S () N
- Medos () S () N De que? _____
- Sudorese nas mãos e pés () S () N Introversão () S () N Extroversão () S () N
- É curioso () S () N

11) Outros

Como é comemorado aniversários/ datas importantes? _____

Como é dada punição/limites à criança? Quem dá? _____

Como a criança reage? _____

Quais interesses e potencialidades? _____

Gostaria de acrescentar algo mais? _____

