

# ANEXO 3

## ANAMNESE

Dados fornecidos por:

\_\_\_\_\_

### 1. DADOS INDIVIDUAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Sexo: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ TLM: \_\_\_\_\_

### 2. AGREGADO FAMILIAR

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Habilitações académicas: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Habilitações académicas: \_\_\_\_\_

Número de irmãos: \_\_\_\_\_

Idades: \_\_\_\_\_

Ocupações: \_\_\_\_\_

Estado de Saúde do Agregado Familiar: \_\_\_\_\_

### 3. OUTRAS PESSOAS QUE CONVIVEM COM A CRIANÇA

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

### 4. SITUAÇÃO FAMILIAR

Tipo de habitação (própria/alugada) e condições que possui: \_\_\_\_\_

Meio em que está inserida: \_\_\_\_\_

Com quem vive a criança: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

## 5. DADOS SOBRE O PERÍODO PRÉ-NATAL

Idade dos Pais quando foi concebida a criança: \_\_\_\_\_

Existe consanguinidade: \_\_\_\_\_

Gravidez (desejada, planejada, acidental, mal aceite): \_\_\_\_\_

Foi normal? \_\_\_\_\_ Teve assistência médica? \_\_\_\_\_

Durante a gravidez, a mãe alimentava-se bem (apresentou carências alimentares, ferro, etc.)? \_\_\_\_\_

Teve alguma doença (rubéola, toxoplasmose, tomou medicamentos)? \_\_\_\_\_

Fumou? \_\_\_\_\_

Consumiu drogas? \_\_\_\_\_

Ingeria bebidas alcoólicas? \_\_\_\_\_

Local de nascimento da criança: \_\_\_\_\_

## PERÍODO PERINATAL

Tipo de parto (normal, cesariana, fórceps, induzido, prematuro): \_\_\_\_\_

A criança, após o nascimento, demorou a chorar? \_\_\_\_\_

Nasceu cianozada? \_\_\_\_\_

APGAR ao 1' \_\_\_\_\_ aos 5' \_\_\_\_\_ aos 10' \_\_\_\_\_

## PERÍODO PÓS- NATAL

A criança mamou logo ao peito? \_\_\_\_\_

Esteve muitos dias no hospital? \_\_\_\_\_

Teve sinais traumáticos? \_\_\_\_\_

Teve convulsões? \_\_\_\_\_

Os médicos mencionaram aos pais se havia algum problema com a criança? \_\_\_\_\_

## 6. DADOS SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

### Desenvolvimento Motor

Sentou-se aos (meses): \_\_\_\_\_

Pôs-se de pé, apoiado ou não, aos: \_\_\_\_\_

Gatinhou? \_\_\_\_\_ Com que idade? \_\_\_\_\_

Com que idade começou a andar? \_\_\_\_\_

Tem lateralidade definida? \_\_\_\_\_

Apresenta algum tipo de descontrole de movimentos? \_\_\_\_\_

### **Desenvolvimento da linguagem**

Com que idade começou a balbuciar? \_\_\_\_\_

Fez gestos de comunicação? \_\_\_\_\_

Quais as palavras que utiliza com maior frequência: \_\_\_\_\_

Actualmente apresenta algum(s) problema(s) de linguagem? \_\_\_\_\_

Qual(is)? \_\_\_\_\_

E ao nível da comunicação? \_\_\_\_\_

### **Capacidade Visual**

Apresenta algum déficite? \_\_\_\_\_

### **Capacidade Auditiva**

Apresenta algum déficite? \_\_\_\_\_ De que tipo? \_\_\_\_\_

Quando foi detectada a surdez? \_\_\_\_\_

Utiliza prótese? \_\_\_\_\_ Implante Coclear? \_\_\_\_\_

Quando foi implantada? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

Fez algum tipo de rejeição? \_\_\_\_\_ Fez Terapia da Fala? \_\_\_\_\_

## **7. DADOS SOBRE A SAÚDE DA CRIANÇA**

Tem as vacinas em dia? \_\_\_\_\_

Que doenças teve? \_\_\_\_\_

Faz alergias? \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo? \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **8. A CRIANÇA NA FAMÍLIA**

Que tempo passa com os pais? \_\_\_\_\_

O que faz diariamente em casa? \_\_\_\_\_

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

Com quem gosta de brincar? \_\_\_\_\_

Como passa os fins-de-semana? \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

## **9. O SONO**

Dorme bem? \_\_\_\_\_

Adormece sozinha? \_\_\_\_\_

Costuma acordar à noite? \_\_\_\_\_

Tem medos? \_\_\_\_\_

A que horas se deita? \_\_\_\_\_ A que horas se levanta? \_\_\_\_\_  
Dorme sozinha? \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

#### 10. ALIMENTAÇÃO

Come bem? \_\_\_\_\_ Qualidade? \_\_\_\_\_  
Número de refeições por dia? \_\_\_\_\_ Alimentos que não gosta? \_\_\_\_\_  
Come sozinha? \_\_\_\_\_ Utiliza talheres? \_\_\_\_\_  
Mastiga bem? \_\_\_\_\_

#### 11. DADOS SOBRE A HIGIENE PESSOAL

Apresenta controle esfinteriano? \_\_\_\_\_  
Vai sozinho à casa de banho? \_\_\_\_\_  
Lava as mãos sozinho? \_\_\_\_\_  
Escova os dentes sozinho? \_\_\_\_\_  
Penteia-se? \_\_\_\_\_ Despe-se? \_\_\_\_\_ Veste-se? \_\_\_\_\_  
Estes hábitos são promovidos pelos pais? \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 12. ANTECEDENTES ESCOLARES

Frequentou Infantário? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_  
Com que idade? \_\_\_\_\_ Quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Frequenta(ou) Escola? \_\_\_\_\_ Entrou com que idade? \_\_\_\_\_  
Alguma vez pediu adiamento escolar? \_\_\_\_\_  
Que Escola frequenta? \_\_\_\_\_ Gosta? \_\_\_\_\_  
Nome da Professora/Educadora: \_\_\_\_\_

Anotações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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