

Anamnese Fonoaudiológica

IC (idade cronológica) = abaixo 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 () Cesárea () 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? _____.

Quantas vezes ao dia? _____.

Usou/usa chupeta? () Não () Sim. Até que idade? _____.

Durante quanto tempo do dia?

() O tempo todo. () maior parte do dia. () Em casa () Só para dormir.

O que seu filho 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: () Direita () 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: _____
A família observa alguma dificuldade específica na linguagem? () Não () Sim.
Se sim, qual? _____

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: ____/____/____