

## Anamnese Fonoaudiológica

**IC (idade cronológica) = ACIMA 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? \_\_\_\_\_.

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

O que 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? \_\_\_\_\_.

- > **Responda usando uma escala de 1 a 4, onde:**

**0= Nenhum pouco | 1= Pouco | 2= Bastante | 3= Demais**

- Você acha que seu filho não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou em tarefas de casa? \_\_\_\_\_.
- Você acha que seu filho tem dificuldade de manter a atenção em atividades de lazer? \_\_\_\_\_.
- Às vezes parece não estar ouvindo quando você fala diretamente com ele? \_\_\_\_\_.
- Seu filho segue instruções até o fim e termina deveres de escola? \_\_\_\_\_.
- Seu filho tem dificuldade para organizar suas tarefas e atividades? \_\_\_\_\_.
- Aceita quando algo lhe é negado, sem questionar? \_\_\_\_\_.
- Evita ou não gosta de tarefas que exigem esforço mental prolongado?  
(Ex: Quebra-cabeça) \_\_\_\_\_.
- Perde suas coisas com frequência? \_\_\_\_\_.
- Distrai-se com estímulos externos? \_\_\_\_\_.
- Gosta de mudanças de rotina? \_\_\_\_\_.
- É esquecido em atividades do dia-a-dia? \_\_\_\_\_.
- Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira? \_\_\_\_\_.
- Não pára ou frequentemente está a "mil por hora"? \_\_\_\_\_.
- Você acha que seu filho fala em excesso? \_\_\_\_\_.
- Tem dificuldade de esperar sua vez? \_\_\_\_\_.
- Interrompe os outros ou se intromete na conversa dos adultos? \_\_\_\_\_.
- Seu filho gosta de ouvir/ler histórias? \_\_\_\_\_.
- Seu filho gosta de música? \_\_\_\_\_.

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.