

Questionário médico para as crianças que fazem 1 ano e 9 meses

número de recepção

Nome: _____ Data de nascimento : ano _____ mês _____ dia _____

Endereço(nome do bairro) : (_____)

Se tiver alguma pergunta ou preocupação com respeito ao(à) seu/sua filho(a), escreva.

1. Quando começou andar sozinho(a)? (_____ ano _____ meses)
2. Anda estranho? (Não • Sim)
3. Ao desenhar uma bola ele tenta imitar? (Sim • Não)
4. Quando pede alguma coisa o(a) filho(a) entende? (Sim • Não)
5. Quando começou falar algumas palavras (mãe,pai,carro...). (_____ ano _____ Mês(es))
6. Sabe pedir o que quer? (_____ ano _____ Mês(es))
7. Fora de casa ao ver as coisas consegue se expressar? (_____ ano _____ Mês(es))
8. Quando pergunta alguma coisa responde direito? (_____ ano _____ Mês(es))
9. Escreva as palavras que o(a) filho(a) falou recentemente.
(_____)
10. Ao chamar seu nome em voz baixa o(a) filho(a) corresponde. (Sim • Não)
11. Sabe falar o que quer e o que não quer. (Sim : _____ ano _____ Mês(es) • Não)
12. Quando quer pedir alguma coisa. (respostas múltiplas possíveis)
a . Pega a mão do adulto para pegar b . Indica com dedo c . Fala com palavra
d . Vai pegar sozinho(a) e . Fica calado
13. Quando tem dificuldade,pede ao adulto. (Sim • Não)
14. Indique abaixo o que você acha estranho.
• Não enxerga direito • Não responde ao chamado • Só brinca sozinho • Não faz manha
• Não para quieto • Não come direito • Não dorme direito • Chora a noite
• Muito quieto • Não consegue fazer oque fazia antes
15. Sair com o(a) filho(a) dá muito trabalho? (Não • Sim)
16. Muitas vezes sente que criar o(a) filho(a) é irritante ou difícil? (Não • Nem “não” nem “sim” • Sim)
17. Quer consultar algo acerca de si mesmo(a)? (Não • Sim)
(Sobre saude ou familia _____)
18. Tem alguma preocupação com a vista ou ouvido? (Não • Sim) Concretamente:
19. Já teve convulsão sem febre ou teve várias vezes convulsão causada pela febre? (Não • Sim)

Continuou no verso

