

Questionário médico para as crianças que fazem 10 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. Leva o pé perto da boca? (Sim • Não)
2. Cosegue ficar sentado sem o apoio das mãos? (_____ Mês(es))
3. Engatinha arrastando a barriga? (_____ Mês(es)) Engatinha sem arrastar a barriga? (_____ Mês(es))
4. Consegue ficar em pé segurando? (_____ Mês(es))
5. Para andar se apoia em moveis ou objetos? (_____ Mês(es))
6. Consegue se sentar mesmo estando de bruço, sentado consegue ficar de bruço? (Sim • Não)
7. Usa andador? (Sim • Não)
8. O (a) seu(sua) filho(a) tem percepção quanto aos barulhos, olha em direção ao barulho? (Barulho de sacola...)
(Sim • Não)
9. O que falou recentemente?
(_____)
10. Ao apontar um cachorro o(a) seu(sua) filho(a) olha na mesma direção? (_____ Mês(es))
11. Quando que começou imitar? (_____ Mês(es))
O que imita? [Exemplo : bater palmas _____]
12. Fica contente quando olha outras crianças? (Sim • Não)
13. Estranha os outros, fica olhando? (_____ Mês(es))
14. Corre atrás da mãe e chora? (Sim [_____ Mês(es)] • Não)
15. Do que gosta de brincar?
(_____)
16. Se voce abrir a boca, o(a) seu(sua) filho(a) coloca o alimento na sua boca? (Sim • Não)
17. Você tem dificuldade para cuidar o(a) seu(sua) filho(a) por ela que chora ou não come direito ou não dorme direito?
(Não • Sim)
18. Muitas vezes sente que criar o(a) filho(a) é irritante ou difícil? (Não • Nem “não” nem “sim” • Sim)

Continuou no verso



