

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) : (_____)

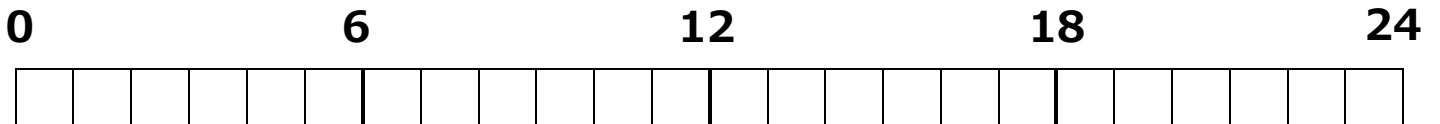
Se tiver alguma pergunta ou preocupação com respeito ao(à) seu/sua filho(a), escreva.

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



20. Quer tirar a roupa sozinho(a)? (Sim • Não)
21. Apos ir ao banheiro o(a) filho(a) comunico o que fez? (Sim • Não)
22. Quer fazer o que o adulto faz? (faxina, trancar a porta...) (Sim • Não)
23. Marque com círculos as refeições consumidas. (Café da manhã • Almoço • Jantar)
24. O(A) seu(sua) filho(a) toma refeições com a família? (Sim • Não)
25. Tem oportunidades para brincar com os amigos? (Sim • Não)
26. Tem interesse em brincar com os amigos? (Sim • Não)
27. Quais brincadeiras costuma fazer no dia-a-dia?
 (Dentro de casa:)
 (Fora de casa:)
28. Sobre a frequência de passear ou brincar na rua. _____ vezes por semana
29. Ritmo de vida (Pinte de preto os quadrados correspondentes às horas em que dorme)



30. Ao criar o(a) seu(sua) filho(a), quais momentos se sente feliz?

(_____)

Sobre saúde de dente ou boca

- O(A) seu/sua filho(a) escova os dentes? (Não • Sim)
 pai ou a mãe completa a escovação dos dentes dele/dela? (Sim • Não • A criança recusa)
 (às vezes • cada manhã • cada noite • depois de cada refeição)
- Chupa o dedo ou chupeta? (Não • Sim)
- Usa a mamadeira. (Não • Sim) Conteúdo: _____ cc de _____
 Quando usa?(_____)
- Já terminou a fase de amamentação? (Sim • Não)
- Sobre a merenda. regular (_____ vezes por dia) • irregular
 [Concretamente: _____]
- Sobre as bebidas principais. (_____ cc de leite)
 (outras bebidas: _____ cc de _____) (_____ cc de _____)
- Tem alguma comida de que gosta ou detesta muito? (Não • Sim)
- Mastiga na hora das refeições? (Sim • Não)

