

ANAMNESE PACIENTES ESPAÇO MANUELA

Número de cadastro: _____ Nível de Suporte: () 1 () 2 () 3
Nº da CIPTA Municipal: _____ () Não tem () Confecionar

Foto
3x4cm

Nome: _____
Nº Cartão SUS: _____ Nasc: ___/___/___
RG: _____ SSP: _____ CPF: _____ Tipo Sanguíneo: _____
Mãe: _____ Idade: _____
Pai: _____ Idade: _____
Endereço: _____
Telefone/Responsável: _____ Telefone para aviso: _____
Laudo: () Sem laudo () Prognóstico () Laudo fechado Cid: _____
Usa alguma medicação: () sim () não Quais: _____

Acompanhamentos realizados atualmente: () Psicopedagogo () Nutricionista () Fonoaudiólogo
() Assistente Social () Psiquiatria () Psicólogo () Neuro () Terapia Ocupacional () Fisioterapia

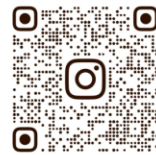
Atendimentos Solicitados: () Psicopedagogo () Nutricionista () Fonoaudiólogo () Psicólogo
() Neuro () Terapia Ocupacional () Assistente Social () Fisioterapeuta () Psiquiatria () C. Médico

PERFIL SOCIOECONÔMICO:

Onde e como você mora atualmente: () Aluguel () casa Própria () Casa Emprestada
Quantas pessoas moram em sua residência: _____
Qual o principal meio de transporte que você utilizaria para ir até as terapias no Espaço Manuela?
() A pé () bicicleta () Ônibus () carro próprio () "UBER"
Possui mais de um autista na residência? () Sim () Não Quantos: _____
Qual a média de renda por morador na casa? (total de ganhos / por quantidade de habitantes na
residência) _____
Possui BPC -Loas? () Sim () Não. BPC está em análise? () Sim () Não.
O paciente possui pais falecidos? () Nenhum () Mãe () Pai

PERFIL CLÍNICO:

Para CID (RM), qual a idade mental corresponde a idade atual da criança? _____
Fez teste do pézinho? () sim () não
Fez teste da orelhinha? () sim () não
Fez teste da linguinha? () sim () não
Se balbuciou? (dificuldade de falar palavras inteiras, pronuncia imperfeitamente) () sim () não
A gravidez foi tranquila? () sim () não Motivo: _____
Fala alguma palavra? () sim () não
Forma frases? () sim () não
Tem dificuldade em compreender o que é dito? () sim () não
Tem a mastigação correta? () sim () não
Fez pré-natal? () sim () não
Aponta quando quer alguma coisa? () sim () não



- Começou a falar e parou? () sim () não
Fica muito tempo na televisão? () sim () não
Fica muito tempo no celular? () sim () não
Usa fraldas? () sim () não
Esta na creche? () Não () Creche Pública () Creche Privada
Estuda: () Não () Escola Pública () Escola Privada
Tem seletividade alimentar? () sim () não
Tem preferência por alguma consistência? () Líquida () Pastosa () Sólida
Tem rejeição de por alguma consistência? () Líquida () Pastosa () Sólida
Tem boa coordenação motora fina (pegar no lápis, uso de tesoura, desenha, etc)? () sim () não
Apresenta alguma dificuldade motora? () sim () não
Qual dificuldade? _____
Anda nas pontas dos pés? () sim () não
Tem perda de equilíbrio? () sim () não
Já fez acompanhamento com fisioterapeuta? () sim () não
Tem encaminhamento para fisioterapia? () sim () não
Tem encaminhamento para terapia ocupacional? () sim () não

ESCOLARIZAÇÃO:

- Estuda? () sim () não Turno: () Manhã () Tarde () Noite Série/ano: _____
Local: _____
Início da escolarização? _____
Recebe apoio pedagógico em casa? () sim () não De quem? _____
Foi notado alguma dificuldade com a aprendizagem? _____
Caso tenha sido percebido, o aluno foi avaliado por algum profissional? () sim () não
Qual profissional? _____
Tem apoio pedagógico especializado (prof. particular em casa ou psicopedagogo)? () sim () não
Quanto tempo médio por dia o paciente fica na televisão (desenhos animados), celular (joguinhos virtuais e vídeos)? _____
Que disciplinas o aluno se interessa mais e possui maior facilidade para aprender? _____
Faz atividades extraescolares (dança, música, natação...)? () sim () não
Quais? _____

ASPECTOS COGNITIVOS:

Memória:

- Esquece facilmente os comandos?() sim () não
Aprende com facilidade somente em ver a imagem?() sim () não
Lembra de fatos que mais ninguém lembra? () sim () não
Esquece com facilidade o que acabou de ser ensinado?() sim () não

Atenção:

- Não dar atenção enquanto pratica outra atividade, por exemplo: assistir.() sim () não
Consegue prestar atenção em tudo à sua volta com facilidade? () sim () não
Desvia o foco quando tem um estímulo ao seu lado, por exemplo: Desviar o foco da tarefa de casa,

por causa da televisão, ou cachorro latindo. () sim () não

Fala/ Linguagem/ Comunicação:

Paciente é () verbal (fala) ou () não verbal (fala) ?

Consegue compreender comandos?() sim () não

Consegue expressar falando os fatos, histórias, etc? () sim () não

O paciente é compreendido quando tenta expressar algo?() sim () não

Aponta com o dedo indicador o que deseja?() sim () não

Repete várias vezes durante o dia o mesmo assunto (ecolalia/ comunicação)? () sim () não

Não consegue apontar e nem falar o que deseja?() sim () não

COMPORTAMENTOS ESTEREOTIPADOS (Costumes)

Balançar o corpo para frente e para trás. () sim () não

Balançar as mãos (também conhecido como “flapping”). () sim () não

Bater os pés no chão ou em algum objeto próximo. () sim () não

Girar objetos ou girar em volta do próprio corpo. () sim () não

Cruzar e descruzar as pernas muitas vezes. () sim () não

Fazer sons repetitivos ou repetir sílabas sem parar. () sim () não

Estalar os dedos. () sim () não

Roer unhas sem conseguir parar. () sim () não

Demonstra emoções de forma diferente ou chamativa. () sim () não

Pular no sofá sem controle de tempo ou força. () sim () não

Pular na frente da TV enquanto assiste. () sim () não

Correr, indo e vindo, sem um destino claro. () sim () não

Andar nas pontas dos pés. () sim () não

Movimentar os dedos na frente dos olhos. () sim () não

Fala sozinho. () sim () não

HABILIDADES DO DESENVOLVIMENTO DO PACIENTE

Brinca de faz de conta? () sim () não

Imita animais ou ser humano? () sim () não

Tem capacidade de pensar, aprender e resolver problemas sozinho? () sim () não

Consegue expressar suas emoções? () sim () não

Consegue identificar as emoções de outros? () sim () não

Toma banho, lava as mãos, penteia-se sozinho? () sim () não

Vestir-se, higiene-se sozinho? () sim () não

Calça meias e sapatos adequadamente? () sim () não

Faz nó e laço? () sim () não

RIGIDEZ COGNITIVA OU FLEXIBILIDADE MENTAL

Tem relatos de agressividades quando contrariado? () sim () não

Aceita mudanças na rotina?() sim () não

Tem rituais na alimentação, por exemplo, comer alimentos de cores específicas? () sim () não

Exemplifique: _____

Tem rituais nas brincadeiras ou rotinas do dia a dia? () sim () não

Exemplifique:

SOCIALIZAÇÃO

O paciente interage com outras pessoas facilmente? () sim () não

Tem padrão nas escolhas de quem vai interagir, somente? () sim () não

() Da mesma idade () Pessoas mais velhas () Do mesmo sexo () Somente pessoas do vínculo

Tem pouca interação familiar? () sim () não

SENSIBILIDADE SENSORIAIS (paladar, olfato, visão, audição e tato)

Apresenta sensibilidade auditiva (barulhos)? () sim () não

Não gosta de etiquetas de roupas? () sim () não

Demonstra não sentir frio? () sim () não

Não gosta de roupas de frio e cobertores? () sim () não

Deita no chão com frequência (busca sensorial)? () sim () não

Sentir cheiro: () mais do que todos da família () menos do que todos da família.

Paladar (gosto): () mais do que todos da família () menos do que todos da família.

Tato (tocar na pele): () mais do que todos da família () menos do que todos da família.

COMPLEMENTO DA ANAMNESE (...)

Faz uso de medicamentos, quais? () sim () não -

Tem noção do perigo? () sim () não

Apresenta outros diagnósticos? () sim () não Qual (is)? _____

Tem resistência na adaptação à escola ou creche? () sim () não

Qual é a maior dificuldade da criança? _____

Apresenta seletividade alimentar, qual (is)? _____

Acorda normalmente que horas?: _____ e dorme que horas? _____

Tem insônia? () sim () não

Troca o dia pela noite? () sim () não

A criança é agressiva (bate, morde ou quebra objetos)? () sim () não

A criança se agride? () sim () não

Quando agride a criança tem noção que fez algo errado, reconhece seu erro? () sim () não

Qual é o maior desafio da rede de apoio ao lidar com o paciente (o que é mais difícil de lidar)? _____

SEM MAIS A DECLARAR DOU COMO VERDADE TODAS RESPOSTAS ACIMA, ASSUMINDO O RISCO DA ANULAÇÃO DESTA FICHA E/OU PERDA DA VAGA, CASO COMPROVADO RESPOSTAS INVERÍDICAS, OU CONTRADITÓRIAS APÓS A VISITA DA EQUIPE NA CASA DO PACIENTE!

Planaltina Goiás, _____, _____, _____.

Assinatura do Responsável

Assinatura do (a) Entrevistador (a)

Setor de Mansões Leste Q-QM 17 Chácara B4 - CEP 73.752-400 Planaltina GO

Telefone: (61) 3043-1257 Whatsapp: (61) 9.9216-2429

e-mail: espacomauela.planaltinago@gmail.com