

FICHA DE ANAMNESE - NEES/SEED

Obs.: Este documento é flexível , portanto a escola terá autonomia para adaptá-lo a realidade local.

1- IDENTIFICAÇÃO:

- a- Nome do(a) estudante: _____
- b- Data do Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
- c- Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
- d- Endereço: _____ nº _____
- e- Bairro: _____ Telefone: _____ e-mail: _____
- f- Escola: _____
- g- Motivo do atendimento (queixa principal): _____
- h- Hipótese Diagnóstica: _____

2. CARACTERIZAÇÃO SOCIO-FAMILIAR

- a- Constituição familiar: Pai () Mãe () Avós () Outros () Irmãos () Nº de irmãos: _____
- b- Nome da Mãe: _____ Data de nasc: ____/____/____
Escolaridade: _____ Profissão: _____
- c- Nome do Pai: _____ Data de nasc: ____/____/____
Escolaridade: _____ Profissão: _____
- d- O estudante frequenta a escola desde ____/____/____
- e- Responsável pelas informações: _____
- f- Renda Familiar: _____
- g- Possui benefício de prestação continuada? Sim () Não ()

Observações: _____

3 – HISTÓRICO (gestação, Nascimento, alimentação):

a- Filho biológico () adotivo ()

b- Filho(a) desejado (a): () sim () não

c- Teve intercorrências durante a gestação? (quedas, doença viral ou bacteriana, intoxicações, pressão alta, alergias?) _____

d- A mãe fez uso de medicamentos durante a gestação? (se controlado, citar nome e por quanto tempo) _____

e- A mãe fez uso de drogas (lícitas ou ilícitas) durante a gestação? (cigarros, álcool, entorpecentes), em caso positivo, citar qual usou. _____

f- Como foi o parto? normal () Cesária () Fórceps () Prematuro () Com quantos meses?: _____

Peso: _____ Altura: _____

g- Reações: chorou logo ao nascer? () sim () não

h- Mamou no peito? () sim () não

i- Boa mastigação? () sim () não

j- Boa deglutição? () sim () não

k- Engasgava-se muito? () sim () não

l- Iniciou a mamadeira com que idade? _____

m- Aceitou bem a passagem para o sólido? () sim () não

n- Aceitou bem o alimento salgado? () sim () não

o- Como é a alimentação hoje? _____

p- Até quando recebeu ajuda para alimentar-se? _____

q- Tem horários regulares de alimentação? () sim () não

r- Mastiga bem? () sim () não

t- Tem restrição alimentar? _____

u- Já sofreu algum acidente ou trauma? () sim () não. Especifique _____

v- Já teve ou tem convulsões ou desmaios? () Teve () Tem () Não tem . Se sim, com que frequência: _____

6- CONDIÇÕES PÓS-NATAL:

- a- Apresentou algum problema de saúde? () cianose (roxo ao nascer) () icterícia () hipóxia
() outros: _____
- b- Teve ou tem problema de desnutrição? () sim () não
- c- Teve algum distúrbio de alimentação? () inapetência () voracidade () vômito
- d- Doenças? Quais? _____
- e- Procedimento familiar? _____
- h- Já fez todas as vacinas? _____

7- CONTROLE ESFINCTERIANO E HIGIENE:

- a- Com que idade controlou a urina de dia? _____ E a noite? _____
- b- Com que idade controlou as fezes? _____
- c- Com que idade parou de usar fraldas? _____
- d- Houve dificuldade nesses controles? _____
- e- Toma banho sozinho? () sim () não
- f- Faz sua higiene sozinho? () sim () não
- g- Faz uso de terapia medicamentosa? () sim () não. Quais? _____

- h- Faz atendimento com outros profissionais? () sim () não. Quais? _____

8 – CONDIÇÕES SÓCIO – AMBIENTAIS:

- a- Casa Própria () Alugada () Cedida () N° de cômodos: _____
- b- Tipo de casa: () Alvenaria () Madeira () Mista
- c- Moora em área de ressaca? () Sim () Não
- d- Em relação ao dormitório do (a) aluno(a):
Dorme sozinho () dorme com os pais () dorme com irmãos () outros() _____
- e- Que horas costuma dormir? _____
- f- Que horas costuma acordar? _____
- g- O (a) aluno (a) possui rotina para dormir? () Sim () Não. Se sim, qual?

9- DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

- a- Engatinhou () sim () não Com que idade andou? _____
- b- Era corajoso ao explorar, engatinhar em um novo espaço? () sim () não
- c- Amarra laços? () sim () não
- d- Corta com a tesoura: () sim () não
- e- Lateralidade de escrita: Destro () Canhoto () Ambidestro ()
- f- Com que idade começou a andar? _____
- g- Com que idade começou a falar? _____ com quem falava mais? _____
- h- Falava (m) para ele(a) repetir? () sim () não
- i- Trocava letras? () sim () não. Quais? _____
- j- Falava muito errado? () sim () não
- j- Atualmente: troca letra? () sim () não
- k- Fala muito/pouco (ansioso) () sim () não
- l- Fala de uma forma que todos entendem? () sim () não
- m - Dê um exemplo de como ele (a) fala: _____
- n- Consegue dar um recado? () sim () não
- o- Faz compras sozinho (a)? () sim () não
- p- Conta uma história/ um caso/ uma novela? () sim () não
- q- Você entende o que ele (a) conta? () sim () não
- r- Tem começo, meio e fim? () sim () não

10-RELACIONAMENTO familiar/social:

- a- Enfrentamento de conflitos em virtude do filho: () sim () não
- b- Relacionamento pai/mãe ou padrasto/madrasta e filho: () ótimo () bom () regular
- c- Relacionamento pai/filho (a): () ótimo () bom () regular
- d- Relacionamento mãe/filho (a): () ótimo () bom () regular
- e- Relacionamento irmãos e irmãs: () ótimo () bom () regular
- f- Relacionamento com outras pessoas da casa: () ótimo () bom () regular
- g- Relacionamento com os parentes: () ótimo () bom () regular
- k- Facilidade de adaptação: () sim () não
- l- Facilidade de Comunicação: () sim () não
- m-Quais são as atividades que o seu filho prefere? _____

- n- Qual a relação do (a) estudante com os seus colegas? _____

- o- E com os adultos? _____

p- Manifesta comportamentos de desobediência, de agressividade, ou outros? Em que situação?

q- Demonstra ansiedade ou fobia? ()sim ()não . Se sim, quais? _____

r- Quais são suas expectativas em relação ao (a) seu/sua filho (a)?

s- Descreva sucintamente a maneira de ser do (a) seu/sua filho (a).

Assinatura do (a) Responsável do (a) estudante.

Assinatura do (a) Profissional pelo registro dos dados (AEE)

_____, ____ de _____ de _____.
Local

Formulação do Plano: Equipe do Núcleo de Educação Especial-NEES.
Equipe do Centro Educacional Raimundo Nonato Dias Rodrigues.