Anamnese

**QUESTIONÁRIO DO COMPORTAMENTO FUNCIONAL**

Reserve pelo menos vinte minutos para responder. Faça com **calma**.

Todas as perguntas abaixo são direcionadas ao paciente, salvo quando claramente especificado.

Vamos lá?

\* Indica uma pergunta obrigatória

1. Nome (do paciente) \*

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

1. Data de nascimento (do paciente) \*

Clique ou toque aqui para inserir uma data.

1. Sexo (do paciente) \*

[ ] feminino

[ ] masculino

1. Nome do responsável \*

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

1. Parentesco do responsável \*

[ ] Mãe ou madrasta

[ ] Pai ou padrasto

[ ] Outro: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

1. **Cuidadores primários**. Liste os membros da família, professores ou outras pessoas que cuidam de seu pequeno(a) regularmente.

*Informe nome e grau de parentesco/relação profissional*

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

# Um pouco mais sobre o dia a dia

Por favor, descreva a rotina do seu pequeno(a) em casa e na comunidade Informe ou avance para a próxima seção.

1. Rotina da **MANHÃ**

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

1. Rotina da **TARDE**

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

1. Rotina da **NOITE**

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

# Terapias e atividades extras

Por exemplo: escola, terapias, fonoaudióloga, fisioterapia, T.O., natação e etc.

## 10. 1. Terapias e atividades

1. Nome da terapia ou atividade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Número ou e-mail para contato: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Frequência: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 11. 2. Terapias e atividades

1. Nome da terapia ou atividade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Número ou e-mail para contato: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Frequência: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 12. 3. Terapias e atividades

1. Nome da terapia ou atividade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Número ou e-mail para contato: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Frequência: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 13. 4. Terapias e atividades

1. Nome da terapia ou atividade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Número ou e-mail para contato: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Frequência: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 14. 5. Terapias e atividades

1. Nome da terapia ou atividade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Número ou e-mail para contato: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Frequência: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

# Questões médicas

**Nome da comorbidade. Tem diagnóstico médico ou psiquiátrico? Se sim, quando aconteceu?**

**Especialidade**

**Telefone para contato do profissional que atende**

**Complicações médicas adicionais**

## 15. Problema médico 1

a) Comorbidade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

b) Especialidade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

c) Telefone: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

d) Complicações médicas adicionais: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 16. Problema médico 2

a) Comorbidade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

b) Especialidade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

c) Telefone: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

d) Complicações médicas adicionais: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 17. Problema médico 3

a) Comorbidade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

b) Especialidade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

c) Telefone: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

d) Complicações médicas adicionais: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 18. Problema médico 4

a) Comorbidade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

b) Especialidade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

c) Telefone: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

d) Complicações médicas adicionais: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 19. Problema médico 5

a) Comorbidade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

b) Especialidade: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

c) Telefone: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

d) Complicações médicas adicionais: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

# Medicamentos

## 20. Medicamento 1

a) Nome do medicamento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

b) Dose: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

c) Frequência: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

d) Razão: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

e) Mudanças causadas pela medicação: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 21. Medicamento 2

a) Nome do medicamento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

b) Dose: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

c) Frequência: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

d) Razão: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

e) Mudanças causadas pela medicação: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 22. Medicamento 3

a) Nome do medicamento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

b) Dose: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

c) Frequência: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

d) Razão: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

e) Mudanças causadas pela medicação: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 23. Medicamento 4

a) Nome do medicamento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

b) Dose: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

c) Frequência: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

d) Razão: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

e) Mudanças causadas pela medicação: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 24. Medicamento 5

a) Nome do medicamento: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

b) Dose: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

c) Frequência: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

d) Razão: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

e) Mudanças causadas pela medicação: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

# Qualidade do sono

1. Seu pequeno(a) dorme a noite inteira?

[ ] sim

[ ] não

1. Informe:

Hora de **DORMIR** e duração do sono: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Hora da **SONECA** e duração do sono: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

# Alimentação

1. Seu pequeno(a) tem algum **HÁBITO ou RESTRIÇÃO ALIMENTAR** que podem afetar seu comportamento? Se sim, por favor descreva.

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

# Perfil comportamental

1. Quais são os **PONTOS FORTES (habilidades e interesses)** do seu pequeno(a)?

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

1. Descreva a HABILIDADEdo pequeno(a) para realizar as seguintes tarefas:
	1. Brincar (usar brinquedos, jogos): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
	2. Vida diária: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
	3. Cuidados pessoais (vestir-se, usar o banheiro, tomar banho e etc.): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
	4. Imitação: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
	5. Acadêmico (escrever, cortar, colar, alinhavo e etc.): Clique ou toque aqui para inserir o texto.

**Habilidades de Comunicação**

Como é que o seu pequeno(a) **COMUNICA** suas necessidades? Selecione todas opções que se aplicam.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Palavras** | **Sinais** | **Gestos** | **Outros** |
| **Pedidos de atenção** |[ ] [ ] [ ] [ ]
| **Pedidos de ajuda** |[ ] [ ] [ ] [ ]
| **Pedido de brinquedo ou objeto** |[ ] [ ] [ ] [ ]
| **Iniciar uma atividade** |[ ] [ ] [ ] [ ]
| **Evitar uma situação** |[ ] [ ] [ ] [ ]
| **Pedir um intervalo/parar** |[ ] [ ] [ ] [ ]
| **Dizer “não” para um pedido** |[ ] [ ] [ ] [ ]
| **Indicar desconforto** |[ ] [ ] [ ] [ ]

## 31. Comunicação Receptiva

Dê exemplos de maneiras pelas quais o seu pequeno(a) responde:

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 32. Potenciais reforços - PREDILETO

O que seu pequeno(a) **GOSTA MUITO**? De outra forma, se apresentado a uma variedade de opções, em seu tempo livre, o que seu pequeno(a) escolheria em primeiro lugar? Liste abaixo.

1. Tangíveis (atividades, brinquedos): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Comestíveis: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Brinca com pares ou com adultos: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 33. Potenciais reforços - MODERADAMENTE PREDILETO

O que seu pequeno(a) **GOSTA**? De outra forma, se apresentado a uma variedade de opções, em seu tempo livre, o que seu pequeno(a) escolheria? Liste abaixo:

1. Tangíveis (atividades, brinquedos): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Comestíveis: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Brinca com pares ou com adultos: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

# Problemas de comportamento

**Comportamentos Preocupantes**: O que seu pequeno(a) diz ou faz que mais lhe preocupa?

Por exemplo, agressão contra si ou aos outros, destruição de objetos, acessos de raiva, gritos, interações inapropriadas, resistência.

Estimar quantas vezes, se é longo e severo.

## 34. Resistência

1. Frequência (quantas vezes por hora, dia ou semana?): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Duração aproximada (em segundos, minutos ou horas): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Grau (alto, médio ou baixo): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
4. Idade quanto começou: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
5. Precursor: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 35. Gritos

1. Frequência (quantas vezes por hora, dia ou semana?): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Duração aproximada (em segundos, minutos ou horas): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Grau (alto, médio ou baixo): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
4. Idade quanto começou: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
5. Precursor: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 36. Autoagressão

1. Frequência (quantas vezes por hora, dia ou semana?): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Duração aproximada (em segundos, minutos ou horas): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Grau (alto, médio ou baixo): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
4. Idade quanto começou: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
5. Precursor: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 37. Agressão contra outros

1. Frequência (quantas vezes por hora, dia ou semana?): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Duração aproximada (em segundos, minutos ou horas): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Grau (alto, médio ou baixo): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
4. Idade quanto começou: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
5. Precursor: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 38. Interação inapropriada

1. Frequência (quantas vezes por hora, dia ou semana?): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Duração aproximada (em segundos, minutos ou horas): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
3. Grau (alto, médio ou baixo): Clique ou toque aqui para inserir o texto.
4. Idade quanto começou: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
5. Precursor: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

## 39. Definir Evento

1. Liste as atividades de **MAIOR** sucesso: Clique ou toque aqui para inserir o texto.
2. Liste as atividades de **MENOR** sucesso: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

40. **Anexos de anamnese**

Por fim, envie junto com esse questionário **notas ou cópias de relatórios adicionais**, conforme necessário, para contato@orvalhoclinica.com.

*Pronto!*

*Obrigado pelas respostas.*

*Vamos estudar seu caso e logo entraremos em contato.*