

ADL2

Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem – 2

Maria Lucia Menezes, PhD



DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: M. (1) F. (2) Filho(a): biológico () adotado ()
Nome da mãe: _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____
Período que permanece no trabalho: _____
Celular: _____ E-mail: _____
Nome do pai: _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____
Período que permanece no trabalho: _____
Celular: _____ E-mail: _____
Responsável pelos cuidados da criança: _____
A criança tem babá? _____
Nome da escola/creche _____
Período que permanece na escola: _____
Motivo da consulta: _____

II. DADOS REFERENTES À GESTAÇÃO

1. Idade da mãe na concepção: _____ 2. Fez acompanhamento pré-natal: _____
3a. A mãe teve problemas de saúde durante o período de gestação? Quais? _____

3b. A mãe teve problemas emocionais durante o período de gestação? Quais? _____

4. A mãe fez uso de medicação durante o período de gestação? Qual? _____

5a. A mãe foi hospitalizada durante o período de gestação? O que justificou a internação? _____

5b. Se a resposta 5a for afirmativa, por quanto tempo e em que mês da gestação? _____

6. Fez uso de drogas durante a gestação? fumo () álcool () outras (): _____

III. DADOS REFERENTES AO NASCIMENTO

1. Tipo de parto: normal () cesáreo () outros (): _____
2. Qual a idade gestacional (semanas) ao nascimento? _____
3. Qual o peso ao nascimento? _____
- 4a. Intercorrência perinatal? sim () não ()
- 4b. Se a resposta ao item 4a for afirmativa, qual? bilirrubina alta () baixo peso () dificuldade respiratória ()
distúrbio de glicemia () outra (): _____
5. O bebê permaneceu no hospital por mais de uma semana? _____
6. Se a resposta ao item 5 for afirmativa, por quanto tempo? _____
7. Necessitou de: UTI () oxigênio () incubadora () _____
8. Sugou o seio materno dentro dos primeiro três dias de vida? _____
9. Por quanto tempo se alimentou de leite materno exclusivo? _____
10. A introdução de outra alimentação foi tranquila? _____
- 11a. Complicações clínicas nos primeiros meses de vida? _____
- 11b. Se a resposta ao item 11a for afirmativa, quais? _____
12. O seu filho teve diagnóstico de síndrome genética ou neurológica? _____
13. Se a resposta ao item 12 for afirmativa, qual? _____

IV. DADOS REFERENTES AO HISTÓRICO MÉDICO

Idade	Sim/Não	Frequência
1. Otite		
2. Alergias		
3. Convulsão		
4. Outros _____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5. Cirurgias:

Tipo	Idade	Severidade	Tempo de internação
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6a. Faz uso de medicação? _____

6b. Se a resposta 6a for afirmativa, quais? _____

V. DADOS REFERENTES AO DESENVOLVIMENTO**V.1. Desenvolvimento motor**

1. Do que você se recorda, acha que seu filho (sua filha) teve desenvolvimento motor semelhante ao de outras crianças?

2. Engatinhou? _____ 3. Andou antes de 18 meses? _____

4. Corre sem cair? (24 meses) _____ 5. Pula? (36 meses) _____

6a. Sobe e desce escada sem ajuda? (24 meses) _____

6b. Sobe escada alternando os pés? (36 meses) _____

7. Pedala triciclo? (36 meses) _____

8. Verbaliza a vontade de ir ao banheiro? (24 meses) _____

9. Adquiriu o controle dos esfíncteres ? (36 meses) _____

V.2. Desenvolvimento da linguagem

1. Você acha que seu filho(a) ouve bem ? _____

2. Ele(a) vira a cabeça em direção ao som? _____

3. Ele(a) sempre responde quando falam com ele(a)? _____

4. Ele(a) foi um bebê sonoro? Emitia sons a partir dos primeiros meses de vida? _____

5. Ele(a) falou sua primeira palavra com um ano? Qual(is)? _____

6. A fala/linguagem seguiu seu curso normal e depois parou ou regrediu? _____

7. Ele(a) falou sequências de duas palavras em torno dos 2 anos? Exemplo: _____

8. Você acha que seu filho(a) tem dificuldade para falar? _____

9. Você compreende o que ele(a) fala? _____

10. As outras pessoas compreendem o que ele fala? _____

11. Ele(a) fala usando frases? Exemplo: _____

12. Ele(a) compreende e obedece a pedidos verbais sem pistas visuais? Exemplo: _____

13. Ele(a) frequentemente hesita ou repete sons e palavras? _____

14. Ele(a) conta histórias ou descreve experiências ou acontecimentos vivenciados na escola, playground ou em reuniões sociais como aniversários? Exemplo: _____

15. Ele(a) já fez tratamento fonoaudiológico? _____ Qual a idade? _____ Por quanto tempo? _____

VI. DADOS DA ROTINA E COMPORTAMENTO SOCIAL DE SEU(SUA) FILHO(A)

1. Quem mora na casa? _____

2. A criança apresenta dificuldade de relacionamento com as pessoas que moram na casa? _____

3. E com as pessoas fora do âmbito familiar? _____

4a. Frequência que seu(sua) filho(a) assiste televisão: _____

4b. Frequência que seu(sua) filho(a) faz uso do tablet: _____

4c. Frequência que seu(sua) filho(a) usa joguinhos no celular: _____

5. Período que os pais brincam com a criança: _____

6. Seu(sua) filho(a) tem oportunidade de brincar com crianças? _____
7. Ele(a) prefere brincar com crianças da mesma idade? _____
8. Ele(a) prefere brincar com crianças menores? _____
9. Ele(a) prefere brincar com crianças maiores? _____
10. Quais as atividades lúdicas preferidas do seu(sua) filho(a)? _____

11. Seu filho(a) apresenta(ou) um destes comportamentos:

Comportamento	Sim/Não	Período	Natureza do tratamento
11a. Timidez?			
11b. Nervosismo?			
11c. Dificuldade em separar-se dos pais?			
11d. Medo/pesadelo?			
11e. Insônia?			
11f. Dificuldade em manter-se sentado?			
11g. Dificuldade durante o treinamento do uso do banheiro?			

VII. DADOS REFERENTES A FAMILIARES

1. Algum membro da família apresenta(ou):

Diagnósticos	Sim/Não	Relação de parentesco	Idade
1a. Atraso no desenvolvimento da fala ou da linguagem?			
1b. Dificuldade na comunicação?			
1c. Dificuldade no aprendizado?			
1d. Dificuldades emocionais?			
1e. Problemas neurológicos?			
1f. Deficiência mental?			
1g. Síndrome?			

VIII. DADOS REFERENTES A CRECHE OU ESCOLA

1. Nome da escola ou creche atual: _____
2. Com que idade seu(sua) filho(a) começou a frequentar a creche ou a escola? _____
3. Como foi a adaptação? _____
4. Ele(a) já frequentou outras creches ou escolas? sim () não ()
5. Se a resposta ao item 4 for afirmativa, qual o motivo? _____
6. Qual o período que a criança fica na escola? manhã () tarde () integral ()
7. Apresenta dificuldade em alguma atividade na escola ou creche? _____
8. A criança tem outras atividades extracurriculares (balé, musica, judô, futebol, natação)? _____
9. Vocês lembram de mais alguma coisa que eu não perguntei para vocês? _____