

**Formulário de Referenciação da Criança para Terapia**

Data: \_\_\_\_\_ *dia mês ano (por extenso por favor)*

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Género: F M Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Primeira Língua: \_\_\_\_\_ Segunda Língua: \_\_\_\_\_

Ano escolar: \_\_\_\_\_ Escola/Nursery: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_ Número de telefone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_ Melhor hora para contacto: \_\_\_\_\_

Formulário preenchido por: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Encaminhamento por: \_\_\_\_\_

Motivo do encaminhamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em que áreas a sua criança apresenta dificuldades?

<b>Comunicação</b>			
<input type="checkbox"/> Falar	<input type="checkbox"/> Expressar-se	<input type="checkbox"/> Articulação de sons	
<input type="checkbox"/> Ser fluente	<input type="checkbox"/> Compreender	<input type="checkbox"/> Audição	
<b>Educação</b>			
<input type="checkbox"/> Escrever	<input type="checkbox"/> Ler	<input type="checkbox"/> Matemática	<input type="checkbox"/> Memória
<input type="checkbox"/> Aprender	<input type="checkbox"/> Escola		
<b>Desenvolvimento Global</b>			
<input type="checkbox"/> Emocional	<input type="checkbox"/> Atenção	<input type="checkbox"/> Interação Social	<input type="checkbox"/> Brincar
<input type="checkbox"/> Comportamento	<input type="checkbox"/> Alimentação	<input type="checkbox"/> Memória	
<b>Sensório - Motor</b>			
<input type="checkbox"/> Motricidade grossa, p.e. andar, sentar, saltar		<input type="checkbox"/> Motricidade fina, p.e. movimentos das mãos	
<input type="checkbox"/> Competências de autonomia, p.e. vestir, lavar		<input type="checkbox"/> Problemas sensoriais (táctil, movimento, visual, auditivo)	
<input type="checkbox"/> Outra:			

A sua criança apresenta alguma condição médica específica?  Não  Sim

Se sim, por favor especifique: p.e. Epilepsia, Diabetes, etc.

\_\_\_\_\_

A sua criança toma algum tipo de medicação?  Não  Sim Se sim, por favor especifique o nome e a dosagem:

A sua criança já recebeu acompanhamento antes?

Qual?	Onde?	Durante quanto tempo?
Terapia da Fala (TF)		
Psicologia (PSC)		
Terapia Ocupacional (TO)		
Psicomotricidade (PSM)		
Fisioterapia (FT)		
ABA		
Educação Especial (EE)		

Please mention the type of assessment requested if any.

TF  TO  PSM  PSC  EE  Psico-Educacional  Multidisciplinar  Intervenção Precoce  
 Outro: \_\_\_\_\_

Linguagem de preferência para avaliação/accompanhamento:  Inglês  Árabe  Francês  Português  
 Outro \_\_\_\_\_

### História desenvolvimental

*Estamos conscientes de que estamos a pedir imensa informação. Será, por isso, mais apropriado que preencha o formulário em casa, com algum tempo. Por favor não se preocupe se não se conseguir lembrar das idades ou detalhes exactos; estamos mais interessados nas vossas preocupações e comentários sobre os itens abordados abaixo, por exemplo, se o seu filho atingiu estes marcos mais cedo ou mais tarde. Esta informação é importante para podermos compreender o perfil da sua criança. Obrigada pelo seu tempo.*

### História Pré-Natal

Apresentaram complicações durante o parto?  Não  Sim

Diabetes		Rubéola		Pré-eclampsia		Medicação	
Anemia		Toxoplasmose		Eclampsia			
Acidente		Outro					

### Parto

Vaginal		Cesariana planeada		Cesariana de emergência		Uso de Forceps		Ventosas	
Duração da gravidez				Peso da criança à nascença					

Ocorreram complicações durante o parto?  Não  Sim

Ecterícia		Cianosado		Hipóxia/anóxia		Sofrimento fetal	
Outro							

### Marcos Desenvolpimentais (NTL= No tempo Limite)

	Idade	NTL/Cedo/Tarde		Idade	NTL/Cedo/Tarde
Rolou			Olhar para as pessoas		
Sentou sozinho(a)			Localizar sons		

Gatinhar			Reagir a ruídos fortes		
Ficar em pé			Olhar para os objetos		
Andar			Agarrar objectos		
Correr			Dar objectos		
Subir Escadas			Descer Escadas		
<b>Autonomia</b>	<b>Idade</b>	<b>NTL/Cedo /Tarde</b>		<b>Idade</b>	<b>NTL/Cedo/Tarde</b>
Alimentar-se usando os dedos			Vestir-se: Com ajuda		
Alimentar-se: colher			Vestir-se: sozinho		
Alimentar-se: garfo			Retirar as roupas		
Alimentar-se: faca			Botões		
Beber: pelo copo com bico/biberão			Atar os sapatos		
Beber: copo			Tomar banho sozinho		
Beber: Palha			Lavar as mãos		

<b>Motricidade Grossa</b>					
Saltar			Chutar a bola		
Guiar o triciclo			Atirar a bola		
Guiar bicicleta			Apanhar a bola		
<b>Motricidade Fina</b>					
Cerrar o punho			Usar tesoura		
Pega em pinça			Colorir nas linhas		
Pega em tripé			Nome em capitais		
			Escrita invertida		
<b>Lateralidade:</b>	Direita	Esquerda	Ambidestro	Inconsistente	Não definida

Rotina relativa ao uso da casa de banho			Frequência, se relevante
Ir à casa de banho com ajuda	Dia	Noite	
Ir à casa de banho sozinho	Dia	Noite	
Incontinência urinária	Dia	Noite	
Incontinência fecal	Dia	Noite	
Obstipação	Sim	Não	
Movimentos intestinais regulares	Sim	Não	

### **Audição/Visão**

Défice Auditivo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim;	Implante Coclear? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Alguma preocupação relative à audição da sua criança? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim;	Costuma colocar o volume muito alto? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Tubos de ventilação timpânica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Historial de otites? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Usa/precisa de aparelho auditivo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Tem uma reacção anormal a barulhos altos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Fala muito alto? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Pede para repetir? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Aparentemente não ouve, se não estiver a olhar para si? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Realiza ruídos de auto-regulação relacionados com a tarefa? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Dificuldades Visuais? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; Se sim, por favor descreva.	Usa/Necessita de óculos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Alguma preocupação com a visão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; se sim, por favor descreva	Cirurgia aos olhos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Tem ardor, comichão ou secreção excessiva nos olhos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Tem dor de cabeça enquanto lê ou escreve? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Esfrega um ou ambos os olhos enquanto vê televisão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Vai frequentemente contra objetos ou derruba objetos ao chão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Inclina a cabeça ou fecha um dos olhos enquanto lê/olha para uma imagem/objeto? <input type="checkbox"/>	Reação anormal a luzes fortes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

### Comunicação

<b>Como foi a sua criança em bebé?</b>	Fácil <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Sociável <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Passiva <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Activa <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Calma <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Chorava muito <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Pedia muita atenção <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Outra: (Por favor descreva)			
<b>A sua criança interage com os outros?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, com quem (por favor, assinale abaixo)?			
Pais <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Irmãos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Família <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Pares <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Ama/cuidador <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Professores <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Amigos da Família <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Outros <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>Idade em que sua criança:</b>	Palrou	Balbuciou	Primeiras palavras
Colocou 2/3 palavras juntas	Usou frases	Colocou frases juntas	
Desenvolve uma conversa	Compreendeu instruções	Apontou	
<b>Exemplos das primeiras palavras da criança:</b>			
<b>Outras observações:</b>			

Caros Pais/ Cuidadores

Obrigada por completar este formulário. Por favor, entregue esta informação no Stars for Special Abilities. O centro irá entrar em contacto consigo para marcar a, o mais brevemente possível.

**A informação contida neste formulário é confidencial e não será partilhada sem o seu consentimento. Por favor, providencie toda a informação e relatórios que considere importantes para apresentar na consulta.**

Ficamos à espera de desenvolver um trabalho conjunto, consigo e com a sua criança.

- Confirmo que recebi as normas do Stars e concordo com os termos e condições inerentes.*
- Dou permissão a Stars para contactar com a escola do meu filho (a) no sentido de partilhar informação relevante e trocar sugestões.*

Assinatura:

Data:

---

Assinatura:

---

Data: