



ROTEIRO DE ANAMNESE

PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES



ESTE ROTEIRO DEVE SER
ADAPTADO A CADA CASO,
EXPLORANDO MAIS
DETALHADAMENTE OS
ASPECTOS RELACIONADOS
AOS MOTIVOS DA CONSULTA.



CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS DE PSICOLOGIA



Dados pessoais

Nome do paciente: _____

Idade: ____ anos ____ meses Data de nascimento ____/____/____

Sexo: () Feminino () Masculino

Endereço _____

Nº : _____ Complemento _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____ País _____

CEP _____ Telefone fixo () _____ Celular () _____

Escolaridade Atual _____

Escola Pública () Escola Privada ()

Nome da Escola _____

Mora com quem? _____

Nome do pai _____ Contato: () _____

Escolaridade _____ Profissão _____

Email: _____

Nome da mãe _____ Contato: () _____

Escolaridade _____ Profissão _____

Email: _____

Outro responsável: _____

Qual o parentesco? _____ Contato: () _____

Escolaridade _____ Profissão _____

Email: _____

Motivo Consulta

Motivo da consulta: _____

Gestação

Concepção:

A criança foi desejada ? _____

Qual a idade dos pais quando o paciente nasceu? _____

Existe parentesco entre os pais? _____

Qual o grau de parentesco? _____

Quantas gestações a mãe teve antes do nascimento do paciente? Relate na ordem incluindo idade e sexo e causa da morte se houver: gestações, nascimentos, abortos naturais, abortos provocados, filhos vivos, filhos mortos. _____

Fez acompanhamento pré-natal? _____

Se durante a gestação ocorreram alguns dos problemas que serão descritos a seguir, relatar com que frequência e em que estágios da gravidez ocorreram:

- () Sangramento? _____
- () Enjôo? Durante quanto tempo? _____
- () Vomitou? durante quanto tempo? _____
- () Febre? _____
- () Ameaça de aborto ou contrações? _____
- () Sentia o bebê mexer durante a gestação? _____
- () Em que mês da gestação começou a sentir o bebê se mexer? _____
- () Intervenção cirúrgica? quando e por que? _____
- () Tirou radiografias? _____
- () Fez transfusão de sangue? _____
- () Levou algum tombo? _____
- () Fez uso de medicamentos? quais? _____
- () Fez uso de álcool, cigarro (tabaco) e outras drogas? _____

Doenças durante a gestação (se ocorreu, especificar o período que ocorreu):

Infecções urinárias _____ Anemia _____ Caxumba _____

Diabetes _____ Eclâmpsia _____ Herpes _____

Hipertensão arterial _____ Doença venérea _____

Meningite _____ Pneumonia _____ Pré- eclâmpsia _____

Rubéola _____ Sarampo _____ Toxemia _____

Tuberculose _____ Varíola _____

Outras: _____

Parto

Quanto tempo durou o trabalho de parto (desde o rompimento da bolsa até o nascimento)? _____

O período da gestação durou quantas semanas? _____ ou meses _____

O parto foi: () Normal () O bebê veio de cabeça? () O bebê veio de nádegas?

() O parto foi induzido? por qual motivo _____

() Foi cesariana? por qual motivo? _____

() Usou fórceps? Por qual motivo? _____

Relatar peso e estatura do bebê ao nascer: _____

Ocorreu alguma complicação durante o parto? Qual? _____

O bebê chorou logo que nasceu? () sim () não - Quanto tempo depois? _____

Ficou roxo? () sim () não - Por quanto tempo? _____

Ficou vermelho? () sim () não - Por quanto tempo? _____

O cordão umbilical estava envolto no pescoço do bebê? _____

O bebê precisou de oxigênio? _____ Preciso ser colocado em algum aparelho de respiração ou outro aparelho? _____

O bebê teve icterícia? _____

O bebê foi para casa com a mãe ou ficou no hospital? Por que e por quanto tempo? _____

Qual foi a pontuação na escala de apgar? _____

O bebê precisou transfusão de sangue? _____ Por quê? _____

Teve problemas de alimentação? _____ De que tipo? _____

O bebê teve boa aceitação ao leite materno? _____

Mamou leite materno por quanto tempo? _____

O bebê era agitado ou quieto demais, em comparação a outros bebês? _____

Como era o choro do bebê? Com que frequência chorava, e como era a intensidade do choro? _____

Outros relatos: _____

Marcos do desenvolvimento

Com que idade:

Firmou a cabeça? _____ Sentou-se sozinho? _____ Começou a engatinhar? _____ Andou? _____ Sorriu pela primeira vez? _____ Subiu e desceu escada? _____ Começou a alimentar-se sozinho? _____ Começou a vestir-se sozinho? _____ Quando falou as primeiras palavras? _____ Quando falou as primeiras frases? _____ Com que idade falou corretamente? _____ Trocava letras? _____ Quais? _____

Falava errado? _____ Como? _____

Ainda fala? _____ Gaguejou? _____ Quando? _____

Quando começou a atender quando chamada pelo nome? _____

Quando começou a compreender o nome de objetos? _____

Quando começou a usar o banheiro sozinha? _____

Usou chupeta? _____ Chupou dedo? _____ Até quando? _____ Roeu unhas? _____ Até quando? _____

Puxa as próprias orelhas? _____ Morde os lábios? _____

A criança tem tiques? _____ Quais? _____

Sono

A criança/adolescente dorme bem? _____ Dorme exageradamente ou dorme muito pouco? _____

Tem dificuldade em iniciar o sono ou despertar precoce? _____

Acorda várias vezes durante a noite? _____

Pula quando dorme, ou repuxa partes do corpo? _____

Baba dormindo? _____ Fala ou grita dormindo? _____

Mexe muito dormindo, movimenta os braços, levanta as pernas, faz outros movimentos quando dorme? _____

Dorme de um lado da cama e acorda do outro lado? _____
é sonâmbulo? _____

Range os dentes (bruxismo)? _____ Esbugalha os olhos sem acordar
_____ acorda quando tem pesadelo, mostra-se aflito, demora
dormir novamente? (terror noturno) _____

Fez xixi na cama? (enurese noturna) _____ Fez até quando? _____

Dorme em quarto separado dos pais? _____ Acorda a noite e vai para a cama
dos pais ou da mãe e permanece o resto da noite ou é colocado novamente em sua
cama? _____

Outros relatos: _____

Sexualidade

Apresentou ou apresenta curiosidade sexual? _____

Como? _____

Manipula com frequência os órgãos sexuais? _____

Qual a atitude dos pais? _____

A criança recebeu orientação em relação à sexualidade? _____

Quem promoveu a orientação? _____

Se adolescente, já menstruou? () sim () não. Tem algum sintoma como cólicas,
enxaqueca ou outros. Quais: _____

Outros relatos: _____

História Médica

A criança já teve alguma destas doenças? () Menigite () Encefalite () Sarampo
() Rubéola () Coqueluche () Pneumonia () outras _____

Especificar qual a idade da criança quando tais doenças ocorreram e qual a reação à doença: _____

A criança já sofreu ou sofre:

Frequentes infecções de ouvido? _____ Apresenta problemas auditivos? _____

Problemas visuais? _____

Algum tipo de alergia? _____

A criança/adolescente sofreu traumatismo craniano? _____

Outro tipo de traumatismo? _____

Episódio de perda de consciência? _____

Sente dores de cabeça? () Sim () Não

A dor de cabeça tem início por algum motivo específico? _____

Em qual parte do dia é mais comum a cabeça doer? _____

Alguns dos sintomas relacionados abaixo ocorrem junto à dor de cabeça?

Vômitos? () Sim () Não Alterações do humor? () Sim () Não Hipersensibilidade

a luz (fotofobia)? () Sim () Não Hipersensibilidade a sons? () Sim () Não

Alterações visuais? _____

A criança já teve crises convulsivas? _____ Quando começaram?

Qual a frequência? _____

Tem algum fator desencadeante? _____

O que a criança sente antes das crises? _____

Qual dos sintomas relacionados abaixo ocorre durante as crises:

- Alucinações visuais? () sim () Não
- Auditivas? () sim () Não
- Olfativas? () sim () Não
- Contrações musculares? () sim ()
- Não parada respiratória? () sim () Não
- Alteração da coloração da pele? () sim () Não
- Ferimentos? () sim () Não
- Crises de irritabilidade e agressividade? () sim () Não
- Outras alterações que não foram relacionadas?

- Após as crises ocorre perda de memória? () sim () Não
- Sonolência? () sim () Não
- Torpeza/desequilíbrio? () sim () Não
- etc _____

- A criança tem problema de coração? _____ () sim () Não
- Hipertensão arterial? _____ () sim () Não
- Algum transtorno do sistema digestivo? _____ () sim () Não
- Distúrbio do apetite? _____ () sim () Não
- Diarréias? _____ () sim () Não
- Úlceras? _____ () sim () Não
- Gazes? _____ () sim () Não
- Vômitos? _____ () sim () Não
- Ou outros: _____

Sistema uro -genital:

- Incontinência urinária? _____ () sim () Não
- Dores ao urinar? _____ () sim () Não
- Retenção de urina? _____ () sim () Não
- Outros: _____

Sistema endócrino:

- Diabetes? _____ () sim () Não
- Hipoglicemia? _____ () sim () Não
- Hipotireoidismo? _____ () sim () Não
- hipertireoidismo? _____ () sim () Não
- Outros: _____

Outros tratamentos em andamento ou já ministrados:

Neurologista - parecer: _____

Nome e telefone: _____

Psiquiatra - parecer : _____

Nome e telefone: _____

Psicólogo - parecer: _____

Nome e telefone: _____

Fonaudiólogo - parecer: _____

Nome e telefone: _____

Outros: _____

História de doença na família:

Relatar se algum membro da família (filhos, pais, avós, tios ou primos) da parte da mãe e da parte do pai, sofre alguma das doenças relacionadas abaixo: hipertensão arterial; doenças renais; problemas respiratórios; diabetes; distúrbios psiquiátricos; algum caso de suicídio na família; crises convulsivas; distúrbios neurológicos; problemas de tireóide; alcoolismo; outras drogas; distúrbios de aprendizagem ou outros distúrbios. _____

Ambiente familiar e social:

Descrever como é o relacionamento do paciente com o pai: . _____

Com a mãe: _____

Com irmãos: _____

Com outros familiares: _____

Os Pais vivem juntos? _____

Como é o relacionamento dos pais? _____

Qual é a religião dos pais? _____

O paciente frequenta a igreja? _____

O paciente já presenciou alguma agressão verbal ou física entre os pais ou entre pessoas significativas para ela? _____

Como o paciente se relaciona com as pessoas de seu convívio social? _____

- Evita contato social? _____ () sim () Não
- Evita contato social com pessoas do sexo oposto? _____ () sim () Não
- Evita contato social com pessoas do mesmo sexo? _____ () sim () Não
- Possui uma boa interação com as pessoas de seu meio social? () sim () Não
- Evita grupos de pessoas? _____ () sim () Não
- Atua de forma agressiva com os demais? _____ () sim () Não
- É submisso às demais pessoas? _____ () sim () Não
- outros - descrever: _____

Quais as ocupações do paciente? Descreva um dia completo da vida do paciente? ____

A quais atividades o paciente parece dedicar mais atenção? _____

Escolaridade:

Escolaridade atual: _____

A criança/adolescente gosta de ir à escola? _____

Os pais estudam com a criança? _____

Apresenta problemas com:

Leitura? _____ Aritmética? _____ Ortografia? _____

Ajustamento social? _____ Outros problemas escolares? Descreva um resumo da história escolar do paciente: _____

Já se submeteu a testes psicológicos ou neuropsicológicos? _____

Faz uso frequente de alguma medicação? () Sim () Não

Se sim, qual (is)? _____

Dosagem _____ Frequência/quantas vezes ao dia _____

Há quanto tempo faz uso? _____

Observações

Observações e impressão geral: _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no vertical margin lines or other markings present. The paper appears to be a standard notebook page.