



FICHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Identificação do Grupo/Sala da Criança

A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____
Data de Nascimento: ___/___/____ Idade: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ Localidade: _____
Telefone: _____

B. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA CRIANÇA

1. FREQUÊNCIA DE OUTRA RESPOSTA SOCIAL

Frequência Adaptação _____
Sim _____
Não _____

2. CARACTERÍSTICAS GERIAS DA CRIANÇA

Características Gerais			
<input type="checkbox"/> Agitada	<input type="checkbox"/> Sossegada	<input type="checkbox"/> Chora muito	<input type="checkbox"/> Dorme pouco
<input type="checkbox"/> Dorme muito		<input type="checkbox"/> Sono agitado	

Observações:

3. HÁBITOS ALIMENTARES

Nos primeiros meses		
<input type="checkbox"/> Peito		
<input type="checkbox"/> Biberão		
<input type="checkbox"/> Dificuldades de sucção	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Dificuldades de deglutição

Especifique:

Actualmente:

Come de tudo	Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Sim	_____
<input type="checkbox"/> Não	_____

Come sozinho	Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Sim	_____
<input type="checkbox"/> Não	_____

Tem dieta	Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Sim	_____
<input type="checkbox"/> Não	_____



Alergias alimentares
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

Especifique: _____

A sua criança gosta de comer?

E come com facilidade?

Come com:

<input type="checkbox"/> As mãos	<input type="checkbox"/> A colher	<input type="checkbox"/> O garfo
<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Sozinha	<input type="checkbox"/> A faca e o garfo

Passagem para a alimentação sólida e semi-sólida:

Comidas favoritas da sua criança:

Comidas para a sua criança não comer:

Comidas para a sua criança comer:

Preocupações com a alimentação da sua criança:

4. HÁBITOS DE SONO

Posição para dormir
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

Especifique: _____

Adormecer
<input type="checkbox"/> Adormece com facilidade
<input type="checkbox"/> Não adormece com facilidade

Especifique: _____

Objecto para dormir
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

Especifique: _____

Dorme durante o dia
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

Especifique: _____

Dorme no escuro
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

Especifique: _____

Como sabe que a sua criança quer dormir?

5. HÁBITOS DE HIGIENE

Controlo das:

Micções	Dejecções
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não

Especifique: _____



Usa fralda: Durante o dia Só para dormir Não usa fralda

Preocupações relacionadas com os hábitos de higiene:

6. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Nome do médico assistente: _____

Telefone: _____

Doenças que já teve até à data:

Sarampo	Varicela	Papeira	Outras
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não

Especifique: _____

Sofre de alguma doença:

Alergias
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

Especifique: _____

Doenças
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

Especifique: _____

Necessidades Educativas Especiais
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

Se sim Especifique: _____

Def. auditiva _____

Def. visual _____

Def. motora _____

Multideficiência _____

Medicamentos de uso frequente

Especifique: _____

Medicamentos que podem ser administrados em situação de emergência:

Medicamentos
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

Especifique: _____

Pela família: _____

Boletim de vacinas

Especifique: _____

7. BRINCADEIRAS PREFERIDAS

Brincadeiras preferidas: Brinquedo Canção Brincar sozinho Brincar c/ outro

Actividades ou brinquedos

Boletim de vacinas actualizado
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

preferidos:



8. PRINCIPAIS PREOCUPAÇÕES

Principais preocupações:

<input type="checkbox"/> Audição e/ou visão
<input type="checkbox"/> Desenvolvimento da linguagem e da fala
<input type="checkbox"/> Capacidade de locomoção
<input type="checkbox"/> Desenvolvimento social e emocional
<input type="checkbox"/> Desenvolvimento global

Desenvolvimento social e emocional

Como é que a sua criança responde a situações de grupo?

O que fazer para promover a adaptação da sua criança à Creche?

Como é que a sua criança comunica as suas necessidades?

Em situações de desconforto, como é que a sua criança é consolada?

Como disciplina a sua criança?

Outros aspectos que gostaria de salientar na sua criança?

9. OUTRAS INFORMAÇÕES

Quais os motivos que o levaram a escolher esta Creche?

O que espera da Creche?

Considera importante haver reuniões de pais?

- Sim
- Não

Em que horário lhe é mais adequado a realização de reuniões?

Que outros serviços gostaria de ter na Creche?

Identifique outras informações que considere relevantes:
