

ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS

Nome: _____ Data da Avaliação: ___/___/___

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: F ___ M ___

Escola: _____ Série: _____

Canhoto/Destro: _____

Responsável durante a entrevista: Mãe ___ Pai ___ Avó ___ Outros _____

Pais casados? _____ Separados? _____

Se, houve separação ou divórcio, quando anos a criança tinha na época? _____

Brevemente, descreva seu filho?

Lista de Comportamentos

() Dificuldade na fala
humor/irritação

() Dificuldade na audição

() Dificuldade na linguagem

() Dificuldade na visão
trás

() Dificuldade na coordenação

() Prefere brincar sozinho

() Não se relaciona bem com irmãos

() É agressivo

() É tímido ou introvertido

() Não é muito interessado nas pessoas
ousado

() Coloca-se em situações que podem ser perigosas

() Tem algum medo, hábito ou tic (descreva)

() Há freqüente mau

() Há freqüente pesadelos

() Há dificuldades para dormir

() Balança-se para frente e para

() Alimenta-se mal

() É teimoso

() É muito agitado/inquieto

() É grosseiro

() É impulsivo/age sem pensar

() Apresente comportamento

() É lento para aprender

() Desiste facilmente



Molha a cama
amigos

Rói a unha

Chupa o dedo
(verbal/fisicamente)

Dificuldade em fazer amigos
comportamento

Precisa de muita atenção dos pais

Não se relaciona bem com os

Distráido

Agrede outras pessoas

Dificuldade em inibir o

Baixa tolerância à frustração

Sono:

7-9 h mais de 9h 4-6 h menos de 4 h

Diagnosticado com distúrbio de sono

Dificuldade em adormecer

Acorda muito cedo

Dificuldade em voltar a dormir, caso acorde de madrugada

Muita dificuldade para acordar

Apetite:

Pouco apetite

Excessivo apetite

Compulsivo

Habilidade social:

Cooperativo

Responsável

Assertivo

Empático

Problemas Comportamentais:

Externalização

Internalização

Hiperatividade

Impulsividade

Mais ou menos, quantos amigos íntimos seu filho/a tem? (não incluir irmãos)

nenhum

1

2 ou 3

4 ou mais

Mais ou menos, quantas horas por semana seu filho/a brinca com amigos fora da hora regular do colégio?

menos de 1

1 ou 2

3 ou mais



Comparado com outros da mesma idade, como é seu comportamento nas seguintes áreas:

	Pior	Igual	Melhor	
a. relacionamento com os irmão	()	()	()	() filho único
b. relacionamento com outra crianças	()	()	()	
c. relacionamento com os pais	()	()	()	
d. brinca e trabalha sozinho	()	()	()	

Desempenho escolar:

	Abaixo da média	na média	superior à media
Leitura	()	()	()
Escrita	()	()	()
Matemática	()	()	()
Atenção/organização	()	()	()
Linguagem	()	()	()

Seu filho/a recebe (ou já recebeu) reforço escolar? () Não
() Sim – qual série? _____

Seu filho/a já repetiu algum ano escolar? () Não
() Sim – qual série? _____

Seu filho/a apresenta algum problema escolar ou comportamental?

() Não () Sim

Descreva: _____

Quando esses problemas começarem?

Descreva: _____



Seu filho/a apresenta algum distúrbio ou doença (tanto física quanto mental)? () Não () Sim

Descreva: _____

Seu filho/a faz uso de algum medicamento? () Sim () Não

Quais ? _____

Seu filho/a possui algum hábito ou tique? () Sim () Não

Qual? _____

Qual a sua maior preocupação em relação ao seu filho/a?

Quais os gostos e interesses de seu filho/a?

Por favor, descreva as qualidades do seu filho/a?

Na sua opinião, quais as dificuldades e barreiras que podemos encontrar?



