



Jardim de Infancia D. José da Costa Nunes

Anamnese de Saúde

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: F M

Naturalidade: _____

HISTÓRIA FAMILIAR

Número de irmãos: _____ Idades: _____

Agregado Familiar: _____ Idade da Mãe: _____ Idade do Pai : _____

Com quem vive a criança: _____

GRAVIDEZ E PARTO

Gravidez Planeada: _____

Tempo de Gestação: _____

Consumo de Medicamentos na Gravidez ? Não Sim Quais ? _____

Tipo de parto: Normal Cesariana Outro: _____

Peso a Nascimento: _____ Intercorrências no pós parto?

Periodo Neo Natal: Convulsões : _____ Sucção : Normal Não: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS DA CRIANÇA

Possui alguma doença: Não Sim

Qual?

Internamentos ou Tratamentos: Não Sim

Antecedentes Cirúrgicos: Não Sim

Toma alguma medicação: Não

(Excluindo medicamentos para enfermidades ocasionais, tosses ou febre)

Sim _____

Alergias: Não Sim, Quais?

Funcionamento Intestinal Regular?

A criança tem alguma dificuldade a nível físico:

Locomoção:

Sensorial (Por exemplo na visão e ou audição):

Necessita algum cuidado especial a nível da sua saúde?

ANTECEDENTES FAMILIARES

Doenças na família?(Presença de doenças crónicas e ou hereditárias no núcleo familiar incluído os avós)

Da Mãe:

Do Pai:

Irmãos:

DESENVOLVIMENTO EVOLUTIVO

Em que idade começou a andar?

Teve algum problema relacionado com o andar? Qual?

Quando começou a comer sozinho?

Precisa de ajuda para se vestir?

Despe-se sozinho?

Em que idade começou a controlar os esfíncteres?

Só de dia:

De dia e de noite:

Precisa de ajuda para ir à casa de banho?

Lava os dentes sozinho?

Em que idade começou a dizer palavras?

SONO E ALIMENTAÇÃO

Com quem dorme:

Pais irmãos Sozinho Outras pessoas:

A que horas costuma adormecer?

E acordar?

Tem algum ritual antes ou durante ou sono? Qual?

Usa chupeta ou outro objecto para adormecer?

Acorda com pesadelos?

Tem “medos”? Quais?

Foi difícil passar da alimentação líquida para a sólida?

Tem alguma dificuldade à hora de comer? Qual?

Come sozinho?

Em caso negativo quem se responsabiliza por essa tarefa?

Mãe Pai Irmã/o Outros familiares Empregada

Toma o pequeno almoço em casa?

O que come?

Leite Pão Cereais Outros alimentos:

A sua alimentação diária inclui:

arroz massas sopa legumes saladas
carne peixe ovos Leite e derivados fruta
doces
outros alimentos:

Quais os seus alimentos favoritos?

RELAÇÃO COM A FAMÍLIA

Com quem convive mais frequentemente?

Mãe Pai Irmã/o Empregada Avó Avô

Quais as suas brincadeiras favoritas?

Costuma sair com os pais?

A que locais costumam ir?

jardins museus piscina passear na rua

outros locais:

Qual o seu passeio preferido?

OUTRAS OBSERVAÇÕES

O Encarregado de Educação:

Data: __/__/__