

QUESTIONÁRIO PARA CRIANÇAS E FAMILIARES

Este questionário fornecerá informações importantes para nos ajudar a entender melhor seu filho e planejar a melhor forma de prestar atendimento. Responda a todas as perguntas. Se não entender alguma parte, seu médico poderá ajudá-lo em sua primeira consulta. Obrigado!

DADOS PESSOAIS

Qual é a data de hoje?

Qual é o nome do seu filho?

Qual é a data de nascimento do seu filho?

Qual é o sexo do seu filho?

Quais são seus pronomes preferenciais?

Qual é o seu nome?

Qual é o seu relacionamento com a criança?

Responsável/mãe ou pai
biológico

Responsável/mãe ou pai
adotivo

Responsável/mãe ou pai
adotivo

Outra resposta — se for outra resposta, especifique:

Você é o responsável legal da criança? Sim Não

Em caso negativo, quem é o responsável legal da criança?

Se o Departamento de Crianças e Famílias (DCF) for o responsável legal, forneça o seguinte:

Nome do assistente social:

Telefone:

DIFICULDADES ATUAIS

Descreva as dificuldades da criança que o levaram a solicitar nossos serviços:

Quais tipos de terapia/serviços você está buscando?

Somente medicamentos

Somente terapia

Medicamentos e terapia

Não sei

SERVIÇOS ATUAIS DE SAÚDE COMPORTAMENTAL

Qual dos seguintes serviços de saúde comportamental a criança está recebendo **atualmente**?

Nenhum serviço atual

Medicamentos psiquiátricos atuais:

Nome da clínica:

Quem está prescrevendo o medicamento psiquiátrico?

Terapia

Nome da agência (se aplicável):

Nome do médico:

Telefone:

Com que frequência a criança encontra o terapeuta?

Há quanto tempo a criança se consulta com esse terapeuta?

Outros serviços (especifique):

SERVIÇOS DE SAÚDE COMPORTAMENTAL ANTERIORES

Qual dos seguintes serviços de saúde comportamental a criança recebeu no **passado**?

Nenhum serviço anterior

Internação em unidade psiquiátrica

Quando	Nome do hospital	Para qual tipo de problema

Programa de tratamento diurno (internação parcial)

Quando	Nome do hospital	Para qual tipo de problema

Medicamentos psiquiátricos

Nome dos medicamentos	Dose	Motivo para tomar o medicamento	Por quanto tempo esse medicamento foi tomado?	Motivo para interromper o medicamento (se não estiver mais tomando)

Terapia

Nome do terapeuta	Agência	Motivo da terapia	Quanto tempo durou a terapia?	Motivo para interromper a terapia (se não estiver mais participando)

Outros serviços (especifique):

A criança já foi avaliada quanto a um problema de saúde comportamental em uma sala de emergência do hospital ou por uma equipe de crise?

Não Sim Se sim, quando?

Com quais das seguintes agências a criança esteve envolvida?

Departamento de Crianças e Famílias

Departamento de Saúde Mental

Departamento de Serviços para Jovens

Departamento de Serviços de Desenvolvimento

Nenhum

Outros (por exemplo, programas da comunidade, programas extracurriculares)

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Quais dos seguintes problemas de saúde a criança tem atualmente ou já teve no passado?

Alergias (especifique):

Anemia

Asma

Problemas de colesterol no sangue

Infecção cerebral (meningite, encefalite)

Câncer

Diabetes

Tonturas/desmaios

Lesão na cabeça

Dores de cabeça

Problemas cardíacos (dor no peito, palpitações, sopro cardíaco)

Problemas renais

Problemas no fígado (hepatite)

Obesidade

Convulsões

Doenças sexualmente transmissíveis

Problemas estomacais ou intestinais (doença celíaca, colite)

Problemas de tireoide

Problemas de audição

Problemas de visão

Nenhum problema de saúde

Outra opção (especifique):

A criança toma medicamento para algum desses problemas?

Sim

Não

Em caso afirmativo, especifique:

Quando foi realizado o último exame físico da criança?

Até onde você sabe, quais foram os resultados do exame físico? Normais Anormais

A criança foi hospitalizada por alguma lesão, cirurgia ou outra doença não psiquiátrica? Sim Não

Em caso afirmativo, especifique abaixo:

Quando	Problema

A criança tem outros profissionais de saúde no BCH? Sim Não

Liste todos os medicamentos (incluindo psiquiátricos):

NASCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INICIAL

Qual dos seguintes problemas a mãe biológica teve **durante a gestação** dessa criança?

Anemia

Sangramento

Pressão alta (toxemia)

Glicose alta ou baixa

Infecção

Lesão no abdômen

Convulsões

Estresse ou depressão

Consumo de álcool

Hábito de tabagismo

Uso de medicamento prescrito por um médico (especifique):

Uso de drogas ilícitas (especifique):

Vítima de violência

Nenhum problema na gestação

Não sei

Quais dos seguintes problemas a mãe biológica ou a criança teve **durante ou após o nascimento da criança?**

Nenhum problema no trabalho de parto

Defeitos congênitos na criança

Síndrome do bebê azul
(falta de oxigênio ao nascer)

Parto pélvico ou com fórceps

Cesariana

Terapia intensiva hospitalar para a criança

Infecção na mãe ou na criança durante o parto

Baixo peso ao nascer

Depressão pós-parto

Parto prematuro

Icterícia

Não sei

Outra opção (especifique):

Quando a criança atingiu cada um dos marcos de desenvolvimento?

Engatinhou

Habitual

Tardio

Não sei

Andou

Habitual

Tardio

Não sei

Falou palavras

Habitual

Tardio

Não sei

Falou frases

Habitual

Tardio

Não sei

Começou a usar o vaso sanitário

Habitual

Tardio

Não sei

ESCOLA

Seu filho frequenta a escola/creche?

Sim

Não

Se "Sim", selecione o ambiente escolar:

Ensino infantil

Pré-escola

Sala de aula on-line

Educação domiciliar

Sala de aula sem divisão por série

Sala de aula com divisão por série

Em que série a criança está este ano?

Que tipo de programa a criança frequenta este ano?

Educação regular

Plano 504

Educação especial (tem um Plano educacional individualizado)

Se a criança participar de um programa de educação especial, qual é o tipo de deficiência da criança? (Selecione todas as opções aplicáveis.)

Autismo

Emocional/comportamental

Learning

Neurológica

Sensorial (audição/visão)

Fala/linguagem

Se for outra resposta, descreva:

Quais notas a criança costuma tirar?

Principalmente A ou B (nota 4)

Principalmente C (nota 3)

Principalmente D (nota 2)

Principalmente E ou F (nota 1)

A criança já repetiu alguma série?

Sim

Não

Se sim, quais?

A criança já foi suspensa ou expulsa?

Sim

Não

Se sim, quais séries e por quê?

Existem fatores linguísticos ou culturais que afetam o desempenho escolar da criança?

Sim

Não

Se sim, descreva:

Quais os interesses especiais da criança?

Artes (música, dança, arte, teatro)

Esportes

Técnicos (informática, robótica)

Literatura (leitura, escrita)

Outro (especifique):

Como é o desempenho da criança em cada um dos itens a seguir?

Frequência escolar:

Bom

Médio

Ruim

Tarefas de casa:

Bom

Médio

Ruim

Amizades:

Bom

Médio

Ruim

Trabalho escolar:

Bom

Médio

Ruim

Comportamento em sala de aula:

Bom

Médio

Ruim

Gosto pela escola:

Bom

Médio

Ruim

ATIVIDADES COMUNITÁRIAS

De quais das seguintes atividades comunitárias a criança participa **regularmente**?

Programa extracurricular	Aulas de música, artes ou dança
Emprego em meio período	Atividades religiosas
Liga esportiva	Atividades de voluntariado
Acampamento de verão	Outra resposta (especifique):

HISTÓRICO SOCIAL

Qual é o estado civil atual dos pais da criança?

Casados	União estável	Viúvo(a)
Separados ou divorciados	Nunca se casaram	

Qual é a situação de moradia atual da criança?

Mora com os pais/responsáveis	Mora com outros familiares
Acolhimento familiar	Orfanato/casa coletiva
Departamento de Serviços para Jovens	Abrigo
Outra opção (especifique):	

A situação de moradia atual da criança é estável? Sim Não

Em caso negativo, explique:

Quais idiomas são falados na casa da criança?

Com quais grupos culturais a família da criança se identifica?

Qual religião a família da criança pratica (se houver)?

Indique como é o relacionamento da criança com os seguintes familiares:

Pais:	Próximo	Distante	Difícil
Irmãos:	Próximo	Distante	Difícil

HISTÓRICO DE SAÚDE FAMILIAR

Até onde você sabe, um dos pais ou irmãos da criança teve algum dos problemas de saúde a seguir?

Problemas de saúde	Mãe ou pai	Irmã ou irmão
Déficit de atenção/hiperatividade		
Ansiedade		
Autismo		
Bipolaridade		
Depressão		
Deficiência de desenvolvimento		
Diabetes		
Abuso de álcool ou drogas		
Doença cardíaca		
Colesterol alto no sangue		
Deficiência intelectual		
Dificuldade de aprendizagem		
Obesidade		
Transtorno obsessivo compulsivo		
Esquizofrenia		
Convulsões		
Morte por suicídio		
Morte súbita por ataque cardíaco antes dos 50 anos		
Tiques/Síndrome de Tourette		
Nenhuma das opções		

EVENTOS ESTRESSANTES

Adaptado da Avaliação de experiências adversas na infância (Pediatric ACEs) e do Rastreador de eventos de vida relacionados (PEARLS).

Qual dos seguintes eventos **já** aconteceu com a criança?

Parte 1	Sim	Não
1. Seu filho já morou com algum familiar (pai/mãe/cuidador) que foi para a prisão?		
2. Você acha que seu filho já se sentiu desamparado, mal amado e/ou desprotegido?		
3. Seu filho já morou com algum familiar (pai/mãe/cuidador) que tinha problemas de saúde mental? <i>(por exemplo, depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar, TEPT ou transtorno de ansiedade.)</i>		
4. O pai/mãe/cuidador já insultou, humilhou ou menosprezou seu filho?		
5. A mãe ou o pai biológico da criança ou algum cuidador já teve ou tem atualmente um problema com abuso de álcool, drogas ilícitas ou medicamentos prescritos?		
6. Seu filho já sofreu com a falta de cuidado adequado por parte de algum cuidador? <i>(por exemplo, não ser protegido em situações inseguras ou não ser cuidado quando estava doente ou ferido, mesmo quando os recursos estavam disponíveis)</i>		
7. Seu filho já presenciou ou ouviu o pai/mãe/cuidador sendo alvo de gritos, xingamentos, insultos ou humilhação por parte de outro adulto? OU seu filho já presenciou ou ouviu o pai/mãe/cuidador sendo agredido com tapas, chutes, socos, sendo espancado ou ferido com uma arma?		
8. Algum adulto na casa empurrava, agarrava, dava tapas ou jogava objetos em seu filho com frequência? OU algum adulto na casa já bateu no seu filho com tanta força que a criança ficou com marcas ou foi ferida? OU algum adulto na casa já ameaçou seu filho ou agiu de uma forma que o deixou com medo de que ele pudesse se machucar?		
9. Seu filho já sofreu abuso sexual? <i>(por exemplo, alguém já tocou seu filho ou pediu a seu filho para tocar essa pessoa de forma indesejada, ou fez seu filho se sentir desconfortável, ou alguém já tentou ou realmente fez sexo oral, anal ou vaginal com a criança)</i>		
10. Alguma vez houve mudanças significativas no status de relacionamento dos cuidadores da criança? <i>(por exemplo, um dos pais/cuidador se divorciou ou se separou, ou algum parceiro romântico entrou ou saiu da casa da família.)</i>		
Adicione as respostas "sim" para esta primeira seção:		

Qual dos seguintes eventos **já** aconteceu com a criança?

Parte 2	Sim	Não
1. Seu filho já presenciou, ouviu ou foi vítima de violência em seu bairro, comunidade ou escola? <i>(por exemplo, bullying direcionado, agressão ou outros atos de violência, guerra ou terrorismo)</i>		
2. Seu filho já sofreu discriminação? <i>(por exemplo, ser incomodado ou fazer com que se sentisse inferior ou excluído por causa de sua raça, etnia, identidade de gênero, orientação sexual, religião, diferenças de aprendizagem ou deficiências)</i>		
3. Seu filho já sofreu com problemas de moradia? <i>(por exemplo, estar desabrigado, não ter um lugar estável para morar, mudar-se mais de duas vezes em um período de seis meses, enfrentar despejo ou execução hipotecária ou ter que morar com várias famílias ou membros da família.)</i>		
4. Você já se preocupou que seu filho não tivesse comida suficiente para comer ou que a comida para ele acabasse antes de que você pudesse comprar mais?		
5. Seu filho já foi separado dos pais ou cuidador pela assistência social ou imigração?		
6. Seu filho já morou com um dos pais ou cuidador que tinha uma doença física grave ou uma deficiência?		
7. Seu filho já morou com um dos pais ou cuidador que veio a falecer?		
Adicione as respostas "sim" para esta primeira seção:		