



CURSO DE ATUALIZAÇÃO

SOS RESPIRADOR BUCAL

ANAMNESE DIRIGIDA

Dra. Gabriela Dorothy de Carvalho

Dr. Germano Brandão

Dr. Pedro Pileggi Vinha

2011

Dados Pessoais

Data do exame inicial: _____
Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Idade atual: _____
Sexo: _____ Raça: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____
Pai: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____
Mãe: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____
Altura: _____ Peso: _____

Anamnese / Entrevista com os pais

Avaliação pré-natal

Gravidez: () Normal () Risco
Parto: () Normal () Cesariana () Fórceps
Gestação: () A termo () Prematuro
Altura: _____ Peso: _____
Comentários: _____

Avaliação do aleitamento e hábitos

Por quanto tempo a criança mamou no peito? _____
Por que desmamou? _____
Usou mamadeira? () Sim () Não Até quando: _____
Tipo de bico: () Normal () Ortodôntico

Após o desmame, como foi alimentada? _____

Chupeta? () Sim () Não Até quando: _____

Tipo de bico: () Normal () Ortodôntico

Sucção do polegar: () Sim () Não Até quando: _____

Onicofagia: () Sim () Não Até quando: _____

Sucção labial: () Sim () Não Até quando: _____

Sucção da língua: () Sim () Não Até quando: _____

Comentários: _____

Avaliação do alimentar

Tem muita sede? () Sim () Não

Toma água ao acordar / à noite? () Sim () Não

Come bem? () Sim () Não

Mastiga os alimentos? () Sim () Não

Utiliza-se de líquidos para comer? () Sim () Não

Qual a comida predileta? _____

Comentários: _____

Avaliação do sono

Ronca: () Sim () Não

Apnéia do sono: () Sim () Não

Agitado: () Sim () Não

Baba: () Sim () Não

Range os dentes: () Sim () Não

Fala dormindo: () Sim () Não

Terror noturno: () Sim () Não

Pesadelos: () Sim () Não

Enurese noturna: () Sim () Não
Boca aberta: () Sim () Não
Dorme de barriga para cima? () Sim () Não

Comentários: _____

Avaliação psicológica / comportamental / pedagógica

Ansioso(a): () Sim () Não
Irritado(a): () Sim () Não
Impulsivo(a): () Sim () Não
Claustrofóbico(a): () Sim () Não
Hiperativo () Sim () Não
Sonolento: () Sim () Não
Resistência física () Normal () Diminuída
Dif. de concentr.: () Sim () Não
Apelidos: () Sim () Não Qual: _____
Qual a série que a criança está atualmente: _____
É compatível? () Sim () Não Comentários: _____
Rendimento escolar: _____
Comentários: _____

Avaliação médica

Rinite: () Sim () Não
Coriza: () Sim () Não
Desvio de septo: () Sim () Não
Sinusite: () Sim () Não
Hipert. Adenóide: () Sim () Não
Amigdalites: () Sim () Não

Já fez cirurgia de adenóide / amígdala? () Sim () Não Tempo:

Pólipos nasais: () Sim () Não

Otites: () Sim () Não

Asma: () Sim () Não

Rouquidão: () Sim () Não

Alergias: () Sim () Não

Comentários:

NEOM-RB

Exame clínico

Avaliação Ortodôntica / Ortopédica

- Respiração () Nasal () Bucal () Mista
- Padrão facial () Mesofacial () Braquifacial () Dolicofacial
- Clas. esquelética () Classe I () Classe II () Classe III
- Clas. dentária () Classe I () Classe II () Classe III
- Clas. vertical () Normal () Profunda (mm) () Aberta (mm)
- Mordida cruzada () Ausente () Bilateral () Unilateral ()
- Linha media esquel () Coinciden. () Desviada
- Apinhamento () Ausente () Superior () Inferior

Comentários:

Avaliação postural

- Cabeça: () Anteriorizada () Posteriorizada () Inclinação lateral
- Ombros: () Normal () Assimétricos () Anteriorizados
- Coluna: () Normal () Escoliose () Lordose
- Escápulas: () Normal () Asaladas () Assimétricas
- Abdômen: () Normal () Distendido
- Joelhos () Normal () Valgo () Varo

Comentários:

Avaliação fonoaudiológica

Lábio superior:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Encurtado	
Lábio inferior:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotônico	<input type="checkbox"/> Evertido
Vedamento labial:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Tônus lingual:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotônica	<input type="checkbox"/> Hipertônica
Postura lingual:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anteriorizada	<input type="checkbox"/> Posteriorizada
Freio lingual:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Encurtado	
Deglutição:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Atípica	
Ponto de náusea:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anteriorizado	
Tônus bucinador:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotônico	<input type="checkbox"/> Hipertônico
Tônus mental:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipertônico	
Alteração fala:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Comentários: _____
Alteração voz:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Comentários: _____
Comentários:	_____		