

## GUIA PARA ENCAMINHAMENTO PEDIÁTRICO AO TEAR DO CÍRCULO

### 1. Dados de identificação do paciente:

Nome:

\_\_\_\_\_

Data Nascimento:

\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

APGAR: \_\_\_\_\_

### 2. Paciente com atraso desenvolvimento:

( ) Social ( ) Verbal ( ) Motor ( ) Cognitivo ( ) Outro:

\_\_\_\_\_

### 3. Histórico pediátrico:

- Choro inconsolável / cólicas noturnas até 3 meses de idade: ( ) SIM ( ) NÃO
- Sentou sem apoio com 9 meses: ( ) SIM ( ) NÃO
- Andou com 1 ano 6 meses: ( ) SIM ( ) NÃO
- Falou 5 palavras com 1a 6 meses: ( ) SIM ( ) NÃO
- Falou frases com 2 palavras com 2 anos: ( ) SIM ( ) NÃO

Faz uso de medicamento de uso contínuo: ( )SIM ( ) NÃO

Qual:

\_\_\_\_\_

Desde quando: \_\_\_\_\_

Realizou Cirurgias ou acompanhamento cirúrgico ( ) SIM ( ) NÃO

Qual:

\_\_\_\_\_

#### 3.1. Exame Pediátrico:

CURVA DE PESO = PERCENTIL / SCORE Z :

\_\_\_\_\_

CURVA DE ESTATURA = PERCENTIL / SCORE Z:

\_\_\_\_\_

CURVA PERIMETRO CRANIANO = PERCENTIL / SCORE Z:

\_\_\_\_\_

**3.2. Avaliação ORL :** ( ) SIM ( ) NÃO ( ) BERA ( ) Processamento Auditivo  
( ) Audiometria. Se sim, favor anexar parecer ou exame.

**3.3. Avaliação Oftalmológica** ( ) SIM ( ) NÃO. Se sim, favor anexar parecer ou exame.

**3.4. Havendo avaliação genética, exames de imagem, EEG e/ou exames laboratoriais,** favor anexar também.

**4. Outras considerações:**

---

---

---

---

**5. Responder ao instrumento MCHAT abaixo (crianças de 18 e 30 meses):**

**M-CHAT-R™**

Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda **não**. Por favor, marque **sim** ou **não** para todas as questões. Obrigado.

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? ( <b>POR EXEMPLO</b> , se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim	Não
3	O seu filho brinca de faz de contas? ( <b>POR EXEMPLO</b> , faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? ( <b>POR EXEMPLO</b> , móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? ( <b>POR EXEMPLO</b> , mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? ( <b>POR EXEMPLO</b> , aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? ( <b>POR EXEMPLO</b> , aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não

8	O seu filho se interessa por outras crianças? ( <b>POR EXEMPLO</b> , seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? ( <b>POR EXEMPLO</b> , para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? ( <b>POR EXEMPLO</b> , ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Sim	Não
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? ( <b>POR EXEMPLO</b> , seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	O seu filho anda?	Sim	Não
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Sim	Não
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? ( <b>POR EXEMPLO</b> , quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? ( <b>POR EXEMPLO</b> , o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: “olha mãe!” ou “óh mãe!”)	Sim	Não
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? ( <b>POR EXEMPLO</b> , se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”)?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? ( <b>POR EXEMPLO</b> , se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? ( <b>POR EXEMPLO</b> , ser balançado ou pular em seus joelhos).	Sim	Não

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_