



**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA
ANDE-BRASIL
CENTRO BÁSICO DE EQUOTERAPIA "GEN. CARRACHO"
CBEGC-DF**

QUESTIONÁRIO

Prezado Pais ou Responsável,

Esse questionário é confidencial. Você deve entregá-lo somente ao profissional que lhe está atendendo; a ele terá acesso somente os profissionais que trabalham nesta unidade.

O objetivo deste questionário é reconhecer melhor nosso praticante com vistas ao planejamento individual desse atendimento.

Contando com sua colaboração.

Agradecemos,

CENTRO BÁSICO DE EQUOTERAPIA "GENERAL CARRACHO"
CBEGC-DF

QUESTIONÁRIO AUTOBIOGRÁFICO

1) IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Escola: _____ Grau: _____

Endereço/Escola : _____

Telefone/Escola: _____

2) DADOS DA FAMÍLIA:

| Nome | Vivo/Falecido | Idade | Estado Civil | Escola | Profissão | Mora c/ Você | Estado de Saúde |
|------------|---------------|-------|--------------|--------|-----------|-----------------|--------------------|
| Pai: | | | | | | | |
| Mãe: | | | | | | | |
| Filhos: 1º | | | | | | | |
| 2º | | | | | | | |
| 3º | | | | | | | |
| 4º | | | | | | | |
| 5º | | | | | | | |
| 6º | | | | | | | |

3) AMBIENTE SOCIAL DO PRATICANTE:

Relacionamentos:

Na Família:

Ótimo ()

Satisfatório ()

Não Satisfatório ()

Com os amigos:

Ótimo ()

Satisfatório ()

Não Satisfatório ()

OBS: _____

Na Escola:

Ótimo ()

Satisfatório ()

Não Satisfatório ()

Brinca em grupo: Sim() Não ()
Cumprimenta: Sim() Não ()
Senta-se adequadamente à mesa: Sim () Não ()

4) SAÚDE DA FAMÍLIA:

Casos de doença na família:

Distúrbios mentais: Sim() Não()
Grau de Parentesco: _____

Alcoolismo: Sim() Não()
Grau de Parentesco: _____

Suicídio: Sim() Não()
Grau de Parentesco: _____

Convulsão: Sim() Não()
Grau de Parentesco: _____

Câncer: Sim() Não()
Grau de Parentesco: _____

Diabetes: Sim() Não()
Grau de Parentesco: _____

Outras
(descreva): _____

5) DESENVOLVIMENTO DO PRATICANTE:

• Condições da Gestação: Normal()
Complicações()
Quais? _____

Abordos Anteriores: Sim() Não()

• Condições do parto: Normal()
Cesariana()
Prematuro()
Fórceps()
Com traumas()
Quais? _____

• Com que idade: Engatinhou? _____
Andou? _____
Falou? _____

• Equilíbrio: Mantém a cabeça erguida? ()Sim ()Não
Caminha sem arrastar os pés? ()Sim ()Não
Anda em linha reta? ()Sim ()Não
Imita movimentos simples de braços, pernas e tronco?()Sim()Não

Nomeia as partes do corpo? ()Sim ()Não

- Funções Sensoriais:

| | | | |
|----------|--------|-------------|------------|
| Visão: | Boa() | Moderada() | Ausente() |
| Audição: | Boa() | Moderada() | Ausente() |
| Olfato: | Boa() | Moderada() | Ausente() |
| Paladar: | Boa() | Moderada() | Ausente() |
| Tato: | Boa() | Moderada() | Ausente() |
| Fala: | Boa() | Moderada() | Ausente() |

- Funções Intelectuais: Reconhece cores? Sim() Não()

Quais? _____

Formas Geométricas: Sim() Não()

Quais? _____

- Discrimina:

| | | |
|-----------------------|--------|--------|
| Igual e diferente? | Sim() | Não() |
| Pequeno e grande? | Sim() | Não() |
| Esquerda e direita? | Sim() | Não() |
| Em cima e em baixo? | Sim() | Não() |
| Atrás e frente? | Sim() | Não() |
| Perto e longe? | Sim() | Não() |
| Sons fortes e fracos? | Sim() | Não() |
| Manuseia lápis? | Sim() | Não() |

- Obedece:

| | | |
|-------------------|--------|--------|
| Ordens simples: | Sim() | Não() |
| Ordens complexas: | Sim() | Não() |

- Lê: Sim() Não()

- Escreve: Sim() Não()

- Reconhece letras: Sim() Não()

Obs: _____

6) SAÚDE DO PRATICANTE:

- Condições de Sono:

| | | |
|--------------|----------------------|------------------|
| Tranquilo() | Inquieto() | Pavor Noturno() |
| Pesadelos() | Insônia() | Sonambulismo() |
| Excessivo() | Fala quando dorme() | |

- Sublinhe as doenças que o praticante teve:

| | | | | | |
|--------------------|-------------------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| Bronquite | Asma | Diabete | Encefalite | Meningite | Doenças Cardíacas |
| Paralisia Infantil | Outro tipo de paralisia | | Deficiência Física | Gagueira | |
| Febre Reumática | Nevralgias(dores) | | Alergias | Doenças dos Rins | |
| Desmaios | Convulsões | Traumatismo Crânio-Encefálico | | Astenia(cansaço físico) | |
| Mãos Frias | Tiques | Dificuldade de Respiração | | | |
| Outras: _____ | | | | | |

Quais permanecem hoje? _____

7) SINTOMAS CLÍNICOS ATUAIS OU FREQUENTES:

Problemas digestivos()
Angustia() Excesso de apetite()
Falta de apetite() Tremores()
Vertigens() Dores()
Especifique: _____

8) MEDOS E FOBIAS:

Lugares Fechados()
Andar na rua()
Viagens()
Animais()
Quais? _____
Lugares Movimentados()
Altura()
Outros()
Especifique? _____

9) ASPECTO SEXUAL:

Masturbação:
Na infância() Na adolescência() Atualmente()
Obs: _____

10) TRATAMENTO COM OU SEM INTERNAÇÃO:

- Com Internação: Sim() Não()
Qual especialidade: _____
Motivo: _____
Medicamentos recebidos: _____
- Sem Internação: Sim() Não()
Qual especialidade: _____
Duração e forma de tratamento: _____
Frequência das sessões: _____
Atualmente toma medicamentos? Sim() Não()
Quais? _____

Obs: _____

11) ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA:

| | | |
|-----------------------------------|--------|--------|
| Lava as mãos sozinho | Sim() | Não() |
| Usa corretamente o vaso sanitário | Sim() | Não() |
| Escova os dentes adequadamente | Sim() | Não() |
| Usa talher | Sim() | Não() |
| Despe-se e Veste-se sozinho | Sim() | Não() |
| Amarra o sapato | Sim() | Não() |
| Atende quando chamado p/nome | Sim() | Não() |

