

QUESTIONÁRIO



Nome:

Nome do responsável no dia do exame:

Idade:

Diagnóstico Médico:

A criança fala frases?

sim não

A criança tem alguma deficiência visual?

sim não

Marque com um X quais desses exames seu filho (a) já realizou;

Sangue

Urina

Eletrocardiograma

Eletroencefalograma

Ultra-sonografia

Tomografia

RX

Outros



A criança apresentou algum comportamento difícil no dia do exame? Conte como foi:

Questões sobre alterações sensoriais;

A criança?	SIM	NÃO
1. Faz objeção em ser tocada e/ou não gosta quando está suja?		
2. Tem sensibilidade à dor?		
3. Tem medo quando mudam sua cabeça de posição (ex. para se deitar ou balançar)?		
4. Evita e/ou se incomoda com luzes?		
5. Se incomoda e/ou tapa os ouvidos quando ouve sons altos e repentinos?		

SUGESTÕES PARA COLETA DE EXAMES

Pensamos no melhor para a coleta dos exames de sua criança e gostaríamos de dar algumas sugestões:

- Preencher o questionário
- Mostrar para sua criança o desenho roteirizado do exame que ela irá fazer (incluir o link do site)
- Chegar no horário combinado
- Levar itens que sua criança gosta (objetos de apego, celular preparado com vídeos e músicas que ela gosta muito, guloseimas/itens comestíveis, etc.).
- Levar trocas de roupa caso molhe ou suje durante os exames

ATENÇÃO:

Verificar se os itens comestíveis podem ser utilizados **ANTES** do exame que sua criança irá realizar. Nenhum item comestível deve ser utilizado antes ou durante os exames que precisam de **JEJUM**.

