

# Levantamento para Intervenção Precoce de Rhode Island

## Conhecendo seu(sua) filho(a) e sua família



LOGO da Agência

**Nome da criança:**

**Data de nascimento:**

**Nº da identidade:**

Este documento visa obter informações da família, para melhor compreensão do desenvolvimento e funcionalidades da criança, as prioridades e necessidades da família, e para construir uma base para os próximos passos.

**Por que seu(sua) filho(a) foi encaminhado(a) para Intervenção Precoce (IP)?**  Fala/ Linguagem

Coordenação Motora Fina/Grossa  Comportamental/Adaptativa  Audição/Visão

Atraso no Desenvolvimento  Condição Diagnosticada  Outros

**Por favor forneça detalhes se necessário:**

**Quais são suas principais preocupações?**

**Quais são suas prioridades em relação ao desenvolvimento, comportamentos e/ou habilidades de seu(sua) filho(a)?**

*Considere as respostas do cuidador abaixo para obter uma melhor compreensão de como essas informações podem afetar a elegibilidade ou os resultados da criança/família*

**Seu(sua) filho(a) tem uma condição médica ou comportamental diagnosticada?**  Não  Sim

**Quem forneceu este diagnóstico?**

**Seu(sua) filho(a) tem algum comportamento que preocupe a você ou a outras pessoas que o(a) conhecem?**  Não  Sim

**Se sim, descreva resumidamente:**

**Seu(sua) filho(a) nasceu a termo?**  Sim  Não **Se não, com quantas semanas de gestação foi o nascimento?**

**Qual foi o peso de seu(sua) filho(a) ao nascer?**

**Houve algum fato extraordinário sobre sua gravidez ou o nascimento de seu(sua) filho(a)?**  Não  Sim

**Se sim, descreva brevemente**

**Seu(sua) filho(a) já foi hospitalizado(a)?**  Não  Sim

**Se Sim, descreva resumidamente:**

**Seu(sua) filho(a) toma algum medicamento?**  Não  Sim **Nome do medicamento:**

**Seu(sua) filho(a) tem alergias?**  Não  Sim **Se Sim, descreva resumidamente:**

**Seu(sua) filho(a) usa algum equipamento especial?**  Não  Sim

**Se Sim, descreva resumidamente::**

**Como você descreveria a saúde de seu(sua) filho(a), de forma geral?**  Muito boa  Boa  algumas preocupações

**Descreva os padrões de sono de seu(sua) filho(a), incluindo onde ele(a) normalmente dorme:**

**Descreva a nutrição e alimentação de seu(sua) filho(a) (ou seja, preferências alimentares, dieta geral, ingestão, deglutição, mastigação)**

**O relatório KIDSNET para dosagem de chumbo, audição e imunização foi analisado?**  Não  Sim

**É necessário acompanhamento com a família em alguma dessas áreas?**  Não  Sim

**Se sim, quais?**

Forneça informações adicionais conforme necessário:

**Sabemos que experiências adversas na primeira infância podem ter impacto no desenvolvimento da criança. O impacto dessas experiências pode ser minimizado com apoio positivo, estratégias e respostas consistentes de pais e cuidadores. Se a família responder "sim", pergunte se concordam em compartilhar como aquela situação impactou seu(sua) filho(a) e sua família.**

**Sua família já sofreu violência ou doença crônica?**  Não  Sim

**Você ou sua família já passaram por desafios de saúde mental (por exemplo, depressão materna, ansiedade)?**  Não  Sim

**Sua família já foi afetada pelo uso de drogas ou álcool?**  Não  Sim

**Você já teve dificuldade com moradia ou falta de moradia?**  Não  Sim

**Seu(sua) filho(a) passa algum tempo em local autorizado de cuidados e educação infantil?**  Não  Sim

**Localização/Nome do Cuidador:**

**Horário:**

**Horas/semana:**

**Seu(a) filho(a) passa algum tempo sob os cuidados de algum outro adulto além dos pais?**  Não  Sim

**Localização/Nome do Cuidador:**

**Horário:**

**Horas/semana:**

**Quais são alguns dos brinquedos e atividades favoritos de seu(sua) filho(a)?**

**O que mais você gostaria que soubéssemos sobre seu(sua) filho(a)?**

**Há algo sobre sua família, cultura ou crenças espirituais que seria bom nós sabermos ao trabalhar com você e seu(sua) filho(a)?**

**Outras observações e informações:**

**É importante para a Intervenção Precoce conhecer todos os indivíduos na vida de uma criança, os recursos da família e as áreas de necessidade. Isso também ajuda a garantir que todos na vida da criança sejam considerados ao planejar resultados, estratégias e apoios.**

**Os provedores podem desenhar um EcoMap ou completar as perguntas abaixo.**

**Quem são as pessoas na vida de seu(sua) filho(a)? (Quem mora na casa? Outros que moram fora de casa) :**

**A quem você procura quando precisa de apoio? (familiares, amigos, visitantes domiciliares, prestadores de serviços, etc.):**

<b>Quem são os profissionais da área médica que cuidam de seu(sua) filho(a)?</b>	<b>Você está satisfeito com esses profissionais?</b>
	<input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> No satisfeito
	<input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> No satisfeito
	<input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> No satisfeito

**Outras observações e informações:**

**Há apoios ou recursos sobre os quais gostaria de saber mais?  Não  Sim**

**Em caso afirmativo, identifique**

**Outras observações e informações:**